ACTES OFFICIELS
DE
L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
No 45



ACTIVITÉ DE L'OMS EN 1952

RAPPORT ANNUEL DU DIRECTEUR GÉNÉRAL
À
L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ
ET AUX
NATIONS UNIES

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
PALAIS DES NATIONS
GENÈVE

Mars 1953

ABRÉVIATIONS

Liste des abréviations employées dans les *Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé:*

AAT	—	Administration de l'Assistance technique
BAT	—	Bureau de l'Assistance technique
BIT	—	Bureau International du Travail
BSP	—	Bureau Sanitaire Panaméricain
CAC	—	Comité administratif de Coordination
CAT	—	Comité de l'Assistance technique
CEAEO	—	Commission Economique pour l'Asie et l'Extrême-Orient
CEAL	—	Commission Economique pour l'Amérique latine
CEE	—	Commission Economique pour l'Europe
CIOMS	—	Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales
FAO	—	Organisation pour l'Alimentation et l'Agriculture
FISE	—	Fonds International des Nations Unies pour le Secours à l'Enfance
FMANU	—	Fédération mondiale des Associations pour les Nations Unies
OACI	—	Organisation de l'Aviation Civile Internationale
OIC	—	Organisation Internationale du Commerce (Commission Intérimaire)
OIHP	—	Office International d'Hygiène Publique
OIT	—	Organisation Internationale du Travail
OMM	—	Organisation Météorologique Mondiale
OSP	—	Organisation Sanitaire Panaméricaine
UIT	—	Union Internationale des Télécommunications
UNESCO	—	Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
UNKRA	—	Agence des Nations Unies pour le Relèvement de la Corée
UNRWAPRNE	—	Office de Secours et de Travaux des Nations Unies pour les Réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient

---

IMPRIMÉ EN SUISSE

TABLE DES MATIÈRES

ANNEXES



Dr BROCK CHISHOLM

Secrétaire exécutif de la Commission intérimaire de l'Organisation Mondiale de la Santé (1946-1948)

Directeur général de l'Organisation Mondiale de la Santé (1948-1953)

AVANT-PROPOS

CE Rapport annuel est le dernier que j'aurai à soumettre à l'Assemblée Mondiale de la Santé. Je crois donc utile de donner ici quelques indications sur la situation générale de l'OMS.

Dans son ensemble, l'Organisation a franchi le stade des débuts. Ses principes directeurs et ses méthodes générales de travail sont maintenant bien établis, de même que son aménagement interne et ses relations extérieures.

L'Assemblée Mondiale de la Santé, qui s'est laissé fort peu influencer, somme toute, par les préoccupations nationales, les intérêts de groupes particuliers, ou les considérations de prestige, a su faire preuve d'un sentiment élevé de ses responsabilités mondiales. Le maintien de cet esprit est indispensable pour assurer le fonctionnement harmonieux et cohérent de l'Organisation.

Le Conseil Exécutif, à qui incombe le rôle important de conseiller technique et d'organe d'exécution de l'Assemblée, est composé de personnes responsables uniquement devant l'Assemblée et non devant tel ou tel gouvernement ou institution. Dans presque tous les cas, le Conseil a su se conformer à ce principe. Nombreux sont les membres qui ont scrupuleusement rempli leur devoir à ce sujet, parfois en dépit de pressions considérables auxquelles ils étaient soumis de la part de leur gouvernement ou de groupements religieux ou politiques. D'autres, cependant, ont parfois de toute évidence représenté certains intérêts particuliers — nationaux, régionaux ou autres — et un très petit nombre ont même paru obéir à des instructions ou à des pressions extérieures. Tout manquement de la part des membres du Conseil Exécutif, à l'égard de l'obligation qui leur est faite de se considérer comme responsables vis-à-vis de la seule Assemblée, constitue la menace la plus grave qui puisse peser sur l'intégrité de l'Organisation. Il importe au plus haut point que l'Assemblée puisse avoir la certitude de recevoir du Conseil Exécutif des avis reposant sur des considérations techniques, à l'exclusion de toute question d'intérêt national ou particulier, sous quelque forme que ce soit. On ne saurait admettre chez les membres du Conseil Exécutif une attitude qui ne fût pas exclusivement déterminée par des préoccupations d'ordre général et mondial.

L'obligation la plus importante que l'OMS impose aux Etats Membres est peut-être d'abord de veiller à ce que les personnes qu'ils choisissent pour siéger au Conseil Exécutif possèdent bien ces qualités personnelles et ensuite de respecter leur indépendance absolue. Les mêmes exigences peuvent être formulées en ce qui concerne les suppléants ou conseillers qui accompagnent les membres désignés aux séances du Conseil. Seuls les gouvernements sont en mesure de sauvegarder la liberté des membres du Conseil Exécutif et de leur donner les moyens de s'acquitter de leurs fonctions. Tout gouvernement auquel l'Assemblée conférerait le privilège de désigner un membre du Conseil et qui ne pourrait ou ne voudrait reconnaître à cette personne une telle indépendance, à l'égard ne serait-ce que de simples suggestions, devrait évidemment renoncer au privilège de la désignation. Pareillement, tout membre du Conseil qui ne s'estimerait pas en mesure d'agir en toute indépendance sans se laisser influencer par aucune pression gouvernementale ou autre, aurait le devoir de se démettre immédiatement. Ce sont là, certes, des obligations difficiles à remplir, mais il n'existe pas d'autre moyen d'assurer à l'Assemblée des avis techniques absolument objectifs.

On peut affirmer qu'après six années et demie d'expérience, le Secrétariat est parvenu à un degré de cohésion qui en fait un instrument solide et bien équilibré, apte à exécuter les instructions de l'Assemblée et du Conseil. Les difficultés du début, causées par l'absorption d'éléments provenant d'institutions préexistantes et par le recrutement de personnes ayant une formation très différente, ont été presque entièrement surmontées. Dans l'examen de tous les problèmes administratifs, on a eu recours, avant toute décision, à des consultations mutuelles sur une base aussi large que possible. En outre, les décisions adoptées ont toujours été prises sous réserve de modifications ultérieures, dans toute la mesure compatible avec le maintien d'une stabilité suffisante. Les frictions qui continuent à se produire au sein du Secrétariat sont dues, soit à une délimitation encore incomplète des responsabilités ou à des réticences à l'égard de la répartition des attributions, soit à l'intervention de ces facteurs personnels dont nulle institution humaine ne saurait demeurer absolument exempte, tant que les méthodes de recrutement ne se seront pas perfectionnées. Je crois pouvoir affirmer que, d'une façon générale, le Secrétariat est composé d'hommes compétents, dévoués aux idéaux et aux méthodes de travail de l'Organisation et capables d'assumer, sans autre limite que celle des facultés humaines, toutes les responsabilités qui pourraient leur être confiées par l'Assemblée ou le Conseil.

Pour que le Secrétariat puisse demeurer un instrument efficace et sûr, il importe que l'Assemblée et le Conseil restent fidèles à leurs responsabilités mondiales et, plus particulièrement, que les membres du Conseil fassent preuve d'une absolue indépendance de jugement. Il est indispensable, en même temps, que les représentants des gouvernements s'abstiennent de toute pression, même sous forme de simples suggestions, à l'égard des membres du Secrétariat. Si ces conditions se réalisent — et il ne dépend pas de lui qu'il en soit ainsi — le Secrétariat pourra continuer à servir fidèlement et utilement l'Organisation.

Les relations entre ces trois organes de l'OMS, Assemblée, Conseil, Secrétariat, ont été excellentes, presque sans exception, et, si chacun d'entre eux continue à accomplir son devoir, l'Organisation peut envisager l'avenir avec confiance.

Je tiens, en terminant, à exprimer à l'Assemblée et au Conseil ma profonde gratitude pour la compréhension et la sympathie dont ils ont constamment fait preuve à l'égard du Secrétariat et de ses difficultés, ainsi que pour l'aide qu'ils m'ont accordée en toute occasion.

Les membres du Secrétariat ont, à peu près tous, su renoncer à leurs habitudes de travail antérieures pour s'adapter aux exigences d'une situation nouvelle et leur généreux appui ne m'a fait défaut en aucune circonstance. Je tiens à dire ici la vive admiration que j'ai pour eux et à leur adresser tous mes remerciements. Je suis certain que mon successeur pourra lui aussi compter sur leur entier concours.

Brock Chisholm

INTRODUCTION

Santé mondiale

La santé, facteur du développement économique et social

L'année 1952 a été marquée par de nouveaux progrès dans la voie que s'est tracée l'Organisation Mondiale de la Santé en se proposant « d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible ». A cet égard, c'est surtout aux pays les moins favorisés dans leur développement économique que l'Organisation est venue en aide, non seulement parce qu'ils ont le plus besoin de ses services, mais aussi parce que la portée des problèmes qui se posent à eux s'étend bien au delà de leurs frontières.

Une remarque s'impose, toutefois. Dans les pays prospères et hautement industrialisés, les gains obtenus sur le plan de la santé sont allés de pair avec le développement social et économique, c'est-à-dire avec l'amélioration des conditions de travail, du logement, de l'instruction, de la productivité agricole et industrielle, etc., et, de fait, il est universellement reconnu que les progrès d'ordre sanitaire qui ne s'accompagnent pas de progrès correspondants dans d'autres domaines ne sauraient être qu'éphémères ou fragmentaires. En revanche, dans la plupart des pays peu industrialisés, le manque de capital oppose un obstacle sérieux à tout progrès général de cette nature, et, par suite, les perspectives d'améliorations durables qu'offre l'assistance des organisations internationales sont extrêmement limitées. Pour être en mesure d'assimiler les méthodes et les techniques modernes de provenance étrangère, ces pays ont besoin de pouvoir développer leurs propres ressources. Tant que cette condition n'est pas réalisée, tout relèvement notable du niveau de santé — qui pourrait en soi contribuer fortement à accroître la main-d'œuvre et du même coup la productivité — demeure financièrement impossible.

Le programme d'assistance technique en vue du développement économique permettrait peut-être de résoudre partiellement le problème. En renforçant les services sanitaires nationaux à l'occasion du développement économique général, on pourrait, en effet, réaliser des gains durables sur le plan de la santé. Cependant, même pour cet objectif limité, les sommes dont on dispose sont loin d'être suffisantes. C'est ce qui est apparu clairement au cours des discussions techniques organisées à la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé, lorsque le Directeur de la Commission Economique pour l'Europe a parlé d'une étude entreprise sur la question par un groupe d'économistes au service des Nations Unies. Il résulte de cette étude que les pays insuffisamment développés, pour pouvoir en premier lieu faire face au rythme actuel d'accroissement de leur population et, en second lieu, augmenter chez eux le revenu par habitant dans la modeste proportion de 2 % par an, auraient besoin de recevoir des pays développés un apport de capitaux largement supérieur à dix milliards de dollars par an.

Médecine préventive et sociale

Malgré les différences qui existent entre les traditions nationales et entre les façons de concevoir la médecine et la santé publique, on constate aujourd'hui de toute part un intérêt de plus en plus vif pour les aspects préventifs et sociaux de la médecine et une compréhension plus nette du fait que la santé n'est pas seulement un bienfait pour l'individu mais aussi un facteur indispensable à l'équilibre de la société. Cette importance croissante de la médecine sociale et préventive se reflète déjà, en de nombreuses parties du monde, dans l'attitude des médecins et dans l'enseignement de la médecine. Caractéristique, à cet égard, est l'accueil favorable réservé aux missions médicales envoyées par l'OMS en Birmanie, à Ceylan et dans l'Inde. Non seulement ces missions ont fourni l'occasion d'échanges d'informations techniques mais elles ont également permis d'étudier en détail le genre d'enseignement médical qui convient à ces pays, dans lesquels il importe de former un plus grand nombre d'auxiliaires médicaux adaptés aux conditions locales. Dans le même ordre d'idées, l'OMS a patronné, en Europe, une conférence d'étude sur l'enseignement de la médecine préventive. Elle a participé à une conférence analogue en Amérique du Nord et a collaboré avec l'Association internationale de Pédiatrie à une étude sur l'enseignement de cette spécialité.

Formation professionnelle

Le manque de personnel qualifié, à tous les échelons, demeure un problème général, responsable, au moins en partie, des difficultés qu'éprouvent certains pays pour doubler les équipes de l'OMS d'équipes nationales homologues. En 1952, l'OMS a orienté son programme de bourses d'études vers la formation de techniciens

de la santé publique et s'est attachée, en particulier, à développer le système de bourses d'études collectives inauguré en 1951. Elle a également encouragé et facilité l'organisation de nouveaux colloques régionaux sur des questions de santé publique, en s'inspirant de ceux qui avaient eu lieu en Europe en 1951. Un grand nombre se sont encore tenus en Europe, mais certains ont été convoqués dans d'autres Régions : colloque sur le pian à Bangkok, sur la rage à Coonoor (Inde) et sur les statistiques démographiques et sanitaires à Tokio. Les Etats Membres des Régions considérées ont manifesté un vif intérêt pour ces réunions : non seulement ils ont accepté avec empressement d'y participer et d'en assumer les charges financières et autres, mais ils ont aussi demandé et proposé la convocation de nouveaux colloques et de nouvelles conférences sur d'autres questions.

Le recours à des auxiliaires ou même à du personnel dépourvu de formation particulière a été reconnu comme indispensable dans certaines branches de la santé publique. On se rappellera que cette question figurait au programme des discussions techniques de la Quatrième Assemblée Mondiale de la Santé. Le manque de personnel auxiliaire s'est fait particulièrement sentir dans certaines professions, telles que celles d'infirmière et de sage-femme, et l'OMS a aidé les gouvernements à intensifier la formation des assistants de ces catégories. Les discussions qui ont eu lieu en 1952, lors des sessions des Comités régionaux de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est, le Pacifique occidental et l'Afrique, ont notamment porté sur la formation du personnel auxiliaire et, dans ces régions, des projets, très modestes au début, sont en train d'être développés, avec l'aide de l'OMS et des Nations Unies (notamment du FISE), pour remédier à la pénurie actuelle. Toutefois, ces efforts seraient en grande partie sans effet si l'on n'établissait pas de plans judicieux pour l'utilisation du personnel ainsi formé, et c'est pourquoi l'OMS s'est préoccupée de ce problème.

Assainissement

A propos de l'assainissement, la question de la formation du personnel auxiliaire a également retenu de plus en plus l'attention. Il est évident que la salubrité est une des conditions essentielles de la santé publique et du progrès économique. Les pays hautement développés témoignent de l'importance qu'elle présente, non seulement pour l'amélioration de la santé physique des populations, mais aussi pour le bien-être général et le relèvement des niveaux de vie. Dans les pays peu évolués, qui ne connaissent même pas le minimum d'hygiène indispensable, tous les plans de développement économique sont voués à l'échec. Nombreux sont encore, malheureusement, ceux qui, même parmi les fonctionnaires de la santé publique, n'attribuent pas à l'assainissement toute l'importance qu'il mérite. En fait, c'est souvent dans les parties du monde où il est le plus nécessaire que son utilité est le moins comprise. Toutefois, l'OMS peut difficilement prévoir dans ses programmes des travaux d'assainissement de grande envergure en raison de leur coût élevé. Aussi a-t-on suggéré que les pays recourent à l'aide de plusieurs institutions internationales et bilatérales afin de mettre à profit toutes ressources disponibles en personnel technique et en matériaux de construction.

Le thème choisi par l'OMS pour la Journée de la Santé en 1952, « Vivre sainement dans un milieu sain », montre tout le prix que l'Organisation attache à l'assainissement. Ce thème a été abondamment repris dans quarante pays au moins comme sujet d'articles divers, de causeries radiophoniques et d'expositions, ainsi que pour toute une série de manifestations publiques.

Lutte contre les maladies transmissibles

L'emploi des antibiotiques et d'autres puissants agents prophylactiques et thérapeutiques récemment découverts, de même que les pulvérisations d'insecticides à effet rémanent, ont renforcé les moyens de lutte contre les maladies transmissibles en réduisant les réservoirs d'infection. Au cours des toutes dernières années, de nouvelles techniques sûres ont été mises au point. Un des exemples les plus caractéristiques est le traitement à la fois efficace et relativement peu coûteux de populations entières par la pénicilline en suspension dans des véhicules-retard. Grâce à ces campagnes de masse, il est possible de faire disparaître d'importants réservoirs d'infection, à condition de consolider les premiers gains acquis par la création, sur le plan local, de services sanitaires permanents dotés d'un personnel médical et auxiliaire compétent. La destruction en grand du moustique vecteur du paludisme par les insecticides à effet rémanent a continué à donner d'excellents résultats dans la lutte contre cette maladie. Ces insecticides se sont même montrés capables de détruire d'autres vecteurs de maladies, tels que les poux et les puces.

Comme le signalait le Rapport annuel de 1951, on a largement reconnu dans le monde l'intérêt qu'il y a à associer la lutte contre telle ou telle maladie particulière à une campagne générale de santé publique. Dès le début, l'OMS a mis l'accent sur la synchronisation des efforts et c'est ainsi qu'elle a fait collaborer à l'exécution de projets polyvalents, des infirmières, des éducateurs sanitaires et des techniciens de la protection maternelle et infantile ou de la santé mentale avec des spécialistes de telle ou telle maladie.

Le Rapport de 1951 soulignait également la tendance actuelle à attaquer simultanément, dans un même projet, plusieurs maladies ou états pathogènes, et décrivait diverses campagnes de destruction des insectes, exécutées pendant l'année avec l'aide de l'OMS. L'Organisation est encore allée plus loin dans cette voie en 1952 : afin d'éviter le plus possible les doubles emplois et de réaliser une économie d'argent et de personnel,

elle a commencé de mener de front la lutte contre plusieurs maladies transmissibles. C'est ainsi qu'elle met en œuvre, dans le Libéria, un projet dirigé à la fois contre le paludisme et contre le pian, tandis qu'en Iran, elle a associé les vaccinations antivarioliques aux vaccinations par le BCG. De même, des campagnes d'immunisation polyvalente ont été organisées, notamment dans quelques pays de l'Amérique latine, où les vaccinations antivarioliques se sont accompagnées de vaccinations antidiphtériques et anticoquelucheuses.

Les succès remportés dans le traitement de masse des maladies transmissibles ont fait naître dans bien des pays le désir d'entreprendre la fabrication des antibiotiques. Une production intensive à bas prix contribuerait sans aucun doute à répandre l'usage de ces médicaments. Il y a certains pays où les conditions requises pour cette fabrication peuvent être réunies ; tel est le cas de l'Inde, où un projet de grande envergure pour développer la fabrication locale des antibiotiques est en cours d'exécution et progresse régulièrement ; tel est aussi le cas de la Yougoslavie et du Chili, où les usines existantes sont en voie de modernisation. Dans d'autres pays, en revanche, la production nationale ne saurait faire face aux besoins locaux.

Du point de vue de la lutte antituberculeuse, l'année 1952 a vu apparaître une « drogue miraculeuse » (l'hydrazide de l'acide isonicotinique). Les premiers renseignements publiés à son sujet ont suscité chez de nombreux malades des espoirs de guérison et ont même fait croire à certains administrateurs de la santé publique que la solution du problème avait été trouvée. Toutefois, vers la fin de l'année, les résultats d'études minutieuses indiquaient que l'efficacité de ce médicament n'était pas supérieure, en réalité, à celle des médicaments antérieurs. La situation générale reste donc inchangée : les possibilités de traitement efficace sont si limitées que la lutte antituberculeuse doit reposer moins sur le traitement que sur la prévention.

Epidémies

Il est d'autres maladies transmissibles qui ne se prêtent pas aussi facilement au traitement de masse. L'hiver 1951/1952 a été marqué par des épidémies de grippe dans plusieurs parties du monde ; la plupart étaient dues au virus B et, comme d'habitude, elles n'ont pas pris l'extension et la gravité des épidémies causées par le virus A. En mai, le Centre de la Grippe de l'Afrique du Sud a isolé une souche de virus A identique à celle que l'on avait isolée pendant l'été de 1950 et qui avait déclenché à Liverpool la grave épidémie de l'hiver suivant. Le réseau de laboratoires de la grippe établi par l'OMS a suivi attentivement l'évolution de la situation pour le cas où la maladie reparaîtrait dans l'hémisphère nord au cours des derniers mois de 1952.

De redoutables épidémies de poliomyélite se sont déclarées pendant l'été et l'automne. Le nombre de cas enregistrés aux Etats-Unis d'Amérique a été le plus élevé qui ait jamais été constaté. L'épidémie a également été très forte au Danemark et en Allemagne et la maladie a atteint une fréquence exceptionnellement grande en Belgique, aux Pays-Bas, dans le Congo belge, à Ceylan, à Cuba, aux îles Hawaï, en Nouvelle-Zélande et dans les îles Gilbert et Ellice.

Cette maladie est maintenant signalée plus fréquemment dans les pays tropicaux où l'on ne découvrait auparavant que peu de cas cliniques. Néanmoins, de récentes observations ont montré dans ces régions l'existence d'une immunité très généralisée. Il semble que l'infection y soit demeurée pendant longtemps à l'état endémique, tout en ne causant qu'un petit nombre de cas cliniquement reconnaissables, et que sa tendance à revêtir la forme épidémique, notamment dans les grandes villes, puisse se rattacher à une perturbation de l'état endémique, par suite d'une amélioration rapide des conditions de salubrité, qui a réduit l'immunité consécutive à des infections asymptomatiques précoces. La même tendance est à craindre pour la diphtérie et, peut-être, pour d'autres infections.

Les campagnes de vaccination antidiphtérique exécutées dans certains pays ont prouvé que l'on peut pratiquement éliminer la diphtérie lorsqu'on emploie à bon escient les agents prophylactiques modernes. Si, en de nombreux pays, la diphtérie n'a pas encore disparu, c'est en partie que les campagnes de vaccination n'ont jamais eu l'ampleur voulue et que les anatoxines utilisées étaient de qualité inférieure.

C'est seulement au cours des dix dernières années que l'on a pu disposer de vaccins anticoquelucheux efficaces ; il est même arrivé que des vaccins préparés par des laboratoires sérieux se soient révélés, à l'usage, dépourvus de pouvoir immunisant. Cet état de choses a eu des répercussions fâcheuses sur l'activité de l'Organisation, car les vastes programmes d'immunisation entrepris dans plusieurs pays avec l'appui de l'OMS et du FISE dépendent en grande partie de l'efficacité des produits employés. En 1952, l'OMS a organisé en Yougoslavie une conférence des chefs de laboratoires préparant de l'anatoxine diphtérique et du vaccin anticoquelucheux, au cours de laquelle des recommandations détaillées ont été formulées sur le choix des agents prophylactiques, leur mode de préparation, leur contrôle biologique et leur emploi.

Trois importantes épidémies de fièvre jaune, dont deux dans les Amériques et une en Afrique, se sont déclarées pendant l'année. Sur les deux épidémies américaines — l'une et l'autre de fièvre jaune sylvatique — la première, qui avait commencé au Panama en décembre 1949 et s'était étendue au Costa-Rica en juin 1951, a poursuivi son chemin vers le nord et a atteint le Nicaragua en juillet 1952 ; la deuxième, qui a frappé le sud du Brésil, avait commencé en novembre 1951 dans le Matto Grosso et s'était étendue à quatre autres états du Brésil

en mai 1952. On a continué à enregistrer des cas d'infection humaine tant au Nicaragua que dans le Costa-Rica et quelque 80 décès ont été signalés dans l'état de Sao-Paulo, le plus gravement atteint des états brésiliens. L'épidémie africaine, qui a sévi avec gravité dans la province d'Onitscha (Nigéria orientale), s'était déclarée au début de l'année. Au cours de ces trois épidémies, une vaste campagne de vaccination a été menée pour protéger les populations exposées.

Le Rapport annuel de 1950 signalait que, bien que les méthodes de lutte antivariolique fussent connues depuis longtemps et que tous les pays eussent à leur disposition des vaccins secs, la variole continuait à sévir dans le monde entier. Il faudrait, à cet égard, que l'on puisse recourir à un vaccin sec qui ne perde pas son activité dans les pays chauds. Il existe plusieurs vaccins secs, mais aucun n'a la confiance de toutes les administrations nationales. En 1952, l'OMS a fait appel au concours de plusieurs laboratoires et, grâce à la générosité de nombreux fabricants de vaccins, elle a pu entreprendre des recherches comparatives sur la perte d'activité de quatre vaccins secs différents, conservés aux températures auxquelles ces vaccins sont susceptibles de se trouver exposés dans l'utilisation pratique. Ces recherches devront se poursuivre pendant au moins une année encore avant que l'on puisse en tirer des conclusions valables.

Maladies chroniques

A mesure que s'intensifiait, dans les pays développés, la lutte contre un grand nombre de maladies transmissibles qui faisaient autrefois de multiples victimes parmi les éléments relativement jeunes de la population, d'autres maladies — notamment les maladies chroniques et les maladies dites de vieillesse — ont semblé presque soudainement prendre plus d'extension. Dans une étude portant sur un grand nombre de pays et couvrant la première moitié du siècle, l'OMS a examiné l'évolution de la mortalité par cancer et analysé les tendances observées suivant la localisation, l'âge et le sexe. Il résulte de cette étude que si la hausse ou la baisse de la mortalité varie considérablement avec la localisation de la tumeur, la mortalité par cancer, en général, telle qu'elle ressort des taux bruts de mortalité, est nettement en augmentation dans un grand nombre de pays. On fait observer cependant que divers facteurs peuvent intervenir à cet égard, notamment la complexité et l'hétérogénéité des données disponibles, la disparition, pendant la guerre, de certaines statistiques de mortalité par catégories, les récents progrès et l'utilisation plus répandue des méthodes de diagnostic, enfin les changements survenus dans la répartition des populations entre les différents groupes d'âges.

Baisse de la mortalité

Pour certaines maladies, la mortalité a sensiblement diminué. En 1952, l'OMS a poursuivi sa série d'études statistiques sur l'évolution de la mortalité due aux maladies infectieuses en Europe, de 1900 à 1950. Ces études portent sur le groupe des fièvres typhoïdes, la scarlatine, la coqueluche, la diphtérie, la rougeole, le paludisme, la variole et le typhus. Elles montrent que, dans beaucoup de pays d'Europe, la mortalité due aux fièvres typhoïdes a presque disparu ; les décès par scarlatine sont maintenant peu nombreux, contrairement à ce qui se produisait au début du siècle, et dans le cas de la diphtérie la baisse de la mortalité a été, à la longue, très sensible. Si, d'une manière générale, le nombre des décès par coqueluche et par rougeole a diminué, ces deux maladies demeurent d'importantes causes de morbidité chez les enfants. Les données recueillies sur la mortalité par paludisme, par variole et par typhus font nettement ressortir une régression notable, bien que ces maladies aient donné lieu parfois à des épidémies assez graves.

Augmentation de la population

La lutte contre les maladies, les progrès considérables accomplis dans le domaine de la santé publique au cours des XIXe et XXe siècles et la baisse radicale de la mortalité qui en est résultée ont fortement contribué à l'énorme augmentation de la population mondiale. Cette « révolution démographique » a fait l'objet d'une étude détaillée, publiée par l'OMS en 1952 sous le titre : « Etude de l'influence de la baisse de la mortalité sur l'accroissement de la population ». On estime que la population du globe a presque quadruplé au cours des trois derniers siècles, et que cette augmentation s'est produite, pour les deux tiers, pendant le siècle dernier, et pour un dixième depuis le début de la deuxième guerre mondiale. Cet accroissement continu des populations, notamment dans certains pays insuffisamment développés, pose un problème de santé publique qui revêt une haute importance pour les pays intéressés ainsi que pour l'ensemble du monde. Il a donné lieu à des discussions prolongées au cours de la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé, mais étant donné les très grandes divergences d'opinion qui se sont manifestées au sujet des aspects sanitaires de la question, l'Assemblée a finalement décidé qu'aucune action ne serait entreprise dans ce domaine.

Evénements survenus à l'intérieur de l'Organisation

Le rôle de l'OMS en tant qu'autorité coordonnatrice

Le rôle de l'OMS en tant qu'autorité coordonnatrice a pris une importance croissante au cours de l'année. Les ressources de l'Organisation sont relativement limitées ; son budget,[1] même augmenté des fonds reçus des Nations Unies au titre de l'assistance technique, ne correspond qu'à une fraction de celui dont disposent certaines institutions comme la Technical Co-operation Administration (TCA) et d'autres institutions bilatérales d'assistance technique. L'Organisation est donc loin de pouvoir envisager la mise en œuvre d'un aussi grand nombre de projets que ces autres institutions, ou l'octroi d'une aide aussi étendue aux divers pays. Néanmoins, la coordination des nombreuses activités sanitaires entreprise à l'intérieur des pays intéressés, indépendamment de l'origine des fonds utilisés, revêt une importance primordiale. Un nombre toujours plus grand de gouvernements comptent sur l'OMS — qui, de par sa Constitution, est l'institution internationale chargée de diriger et de coordonner toute l'activité sanitaire internationale — pour accomplir cette tâche essentielle. Comme l'Organisation a été appelée à diriger l'exécution de travaux aussi multiples que divers, son champ d'action s'est graduellement élargi. Des projets élaborés conjointement avec les institutions bilatérales d'assistance technique des Etats-Unis, telles que la Technical Co-operation Administration, ont été entrepris en 1952, notamment dans les Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental. Certains des gouvernements qui assurent l'exécution du Colombo Plan ont exprimé le désir de voir l'OMS participer à la coordination de l'assistance prévue par ce plan. A la demande du Canada, par exemple, l'OMS a commencé d'aider à la sélection de candidats pour des bourses d'études se rapportant aux questions sanitaires. Ce sont là des faits encourageants, qui ne sont d'ailleurs pas isolés : non moins important, en effet, est le caractère du programme d'aide bilatérale du Gouvernement norvégien, qui a fait l'objet d'un accord associant à son exécution les Nations Unies et les institutions spécialisées.

La coordination de l'activité de l'OMS avec celle d'autres institutions a également été favorisée par la création de comités nationaux de coordination de l'assistance technique dans trois pays de la Région du Pacifique occidental et dans quatre des six pays de la Région de l'Asie du Sud-Est. Grâce à ces comités, des malentendus et des doubles emplois ont pu être évités et l'on a pu mettre en œuvre des programmes d'assistance harmonieux et efficaces, qu'une institution isolée n'aurait pas été en mesure d'entreprendre. A titre d'exemple, il y a lieu de citer le développement de la zone de démonstrations sanitaires du Salvador, auquel sont associées des enquêtes sur l'agriculture et sur l'éducation menées par la FAO et l'UNESCO. En outre, en désignant dans la plupart des pays de la Région de l'Asie du Sud-Est des « représentants de zone » chargés de collaborer avec les administrations nationales, les autres institutions des Nations Unies et les organisations bilatérales, en vue d'élaborer des programmes communs et de les adapter aux exigences locales, l'OMS a fait un pas de plus dans l'exercice de ses fonctions de coordination.

Changement d'orientation dans les programmes

Les Nations Unies ont prié l'OMS de leur signaler tous les changements que ses obligations à l'égard d'autres institutions, notamment le Conseil Economique et Social, peuvent déterminer dans l'orientation de son activité. Le programme de l'OMS ne varie pas dans son essence d'une année à l'autre ; néanmoins, l'Organisation s'efforce de maintenir ses principes directeurs et son programme de longue haleine en harmonie avec les critères et les priorités d'ordre général établis par le Conseil et s'en inspire, autant que possible, lorsqu'elle établit le plan de travail de ses services techniques centraux. Quant à ses services consultatifs, ils agissent surtout à la demande des gouvernements, et l'OMS doit, tout en respectant les priorités de base fixées par le Conseil, tenir compte des exigences des différents pays, afin que les programmes nationaux puissent être rationnels et équilibrés.

Règlement sanitaire international

Un des événements importants qui ont marqué l'année 1952 est l'entrée en vigueur du Règlement sanitaire international. Ce règlement a été élaboré par l'OMS, et c'est elle qui en assure l'application. Sur les quatre-vingt-neuf pays auxquels il a été notifié, vingt-cinq seulement ont formulé des réserves. Le 1er octobre, le Règlement est entré en vigueur pour cinquante-huit Etats Membres (cinquante-trois sans réserves et cinq avec des réserves acceptées par la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé) ; six Etats Membres ne sont pas liés par le Règlement et la situation de quinze autres (y compris la Libye, qui a le droit de soumettre des réserves

---

[1] En 1952 le budget brut (comprenant les contributions des Membres inactifs) s'élevait à US $9.077.782, et le budget effectif à US $7.677.782.

jusqu'en mars 1953) n'est pas encore définie. Le nombre de demandes de renseignements sur l'application des conventions sanitaires internationales est demeuré élevé, mais le nombre des différends relatifs à l'application de ces conventions diminue sensiblement chaque année. Toutefois, il est possible que la mise en vigueur du nouveau Règlement fasse surgir de nouvelles questions.

Situation financière

Bien que la situation financière de l'Organisation se soit améliorée en 1952, un certain nombre de pays n'ont pas encore payé intégralement leur contribution. De tels retards pourraient constituer une menace pour l'œuvre de l'Organisation et tous les Etats Membres ont le devoir de remplir leurs obligations ponctuellement et régulièrement, afin que l'OMS soit en mesure de poursuivre les travaux déjà entrepris et d'exécuter entièrement ceux que la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé a approuvés pour 1953.

Régionalisation

Les six bureaux régionaux de l'OMS sont maintenant constitués et le processus de décentralisation est presque entièrement achevé. Cette décentralisation et son corollaire, la prise en charge, par les bureaux régionaux, de l'exécution des programmes dans leurs régions respectives, devraient laisser au Siège de l'Organisation plus de liberté pour exercer ses fonctions, c'est-à-dire pour élaborer les plans de longue haleine et assurer la direction et la coordination de tous les travaux techniques. Néanmoins, la décentralisation a aussi suscité des difficultés du point de vue de la répartition des responsabilités. Poussée trop loin, elle risquerait de mettre en danger l'existence de l'OMS en tant que seule autorité véritablement internationale dans le domaine sanitaire, et pourrait amener une désintégration. L'organisation régionale de l'OMS, sous tous ses aspects, doit faire l'objet, au début de 1953, d'une des études spéciales dont l'Assemblée de la Santé a confié le soin au Conseil Exécutif.

Le Bureau régional de l'Afrique s'est établi à Brazzaville en octobre. Malgré les progrès remarquables accomplis en Afrique sur le plan sanitaire, au cours des trente dernières années, le continent africain, par ses dimensions, l'insuffisance de ses communications et de ses débouchés sur la mer, le grand nombre de langues qui y sont utilisées et dont la plupart ne sont même pas écrites, et par la diversité de ses traditions et de ses coutumes, pose un problème spécial dont la solution est extrêmement difficile. Pour la composition du personnel de ce Bureau, l'Organisation a dû, par conséquent, adopter des règles légèrement différentes de celles qu'elles a appliquées dans les autres bureaux régionaux. Ce Bureau a besoin de compter des représentants non seulement de la médecine, mais aussi de l'ethnologie appliquée, ainsi que des spécialistes de l'assainissement, en raison de la nécessité impérieuse d'assurer la distribution d'eau salubre, un ravitaillement suffisant et des abris convenables. La politique de l'OMS, qui consiste à mettre les pays en mesure d'améliorer eux-mêmes leurs conditions sanitaires plutôt qu'à leur imposer des idées et des techniques qui peuvent ne pas convenir à leur degré de développement économique et social, est particulièrement appropriée à l'Afrique, où les conditions de vie et les coutumes présentent des différences considérables suivant les territoires. L'œuvre de l'OMS en Afrique ne fait que commencer et les progrès seront probablement très lents. Un médecin africain qui a rendu visite au Siège a déclaré : « Je vous en prie, envoyez-nous des graines et non des plantes en pots ! ».

La Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé

La Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé s'est réunie le 5 mai 1952 au Palais des Nations. Elle a été précédée et suivie de sessions du Conseil Exécutif tenues en janvier et en juin. L'Assemblée a adopté le programme de 1953 et voté le projet de budget qui avait été antérieurement approuvé par le Conseil — soit au total $9.832.754.[2] Les décisions prises par l'Assemblée sur un grand nombre de questions très diverses sont mentionnées dans le cours du rapport. Le Royaume-Uni de Libye a été admis en qualité de Membre de l'OMS, tandis que la Tunisie et le Maroc sous Protectorat français sont devenus Membres associés, ce qui porte à 82 le nombre total des Membres et Membres associés de l'Organisation. L'Assemblée a décerné la médaille et le prix de la Fondation Léon Bernard au Professeur C.-E. A. Winslow des Etats-Unis d'Amérique, pour sa remarquable contribution aux progrès de la médecine sociale.

La Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé a eu à déterminer les Régions de l'OMS auxquelles devaient être rattachés certains pays et territoires qui n'étaient pas expressément inclus dans les régions géographiques établies par la Première Assemblée Mondiale de la Santé. Comme la question est extrêmement compliquée, les décisions prises à ce moment n'ont été adoptées qu'à titre provisoire (voir page 69). Le Conseil Exécutif a été chargé d'entreprendre à ce sujet une étude, dont les résultats seront soumis à la Sixième Assemblée Mondiale de la Santé.

---

[2] Ce qui représente un budget effectif de US $8.485.095

La Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé a constaté avec regret que le Comité régional de la Méditerranée orientale n'avait pu se réunir ni en 1951, ni en 1952. Elle a décidé que la Turquie pourrait, en raison des circonstances, suspendre provisoirement sa participation à la Région de la Méditerranée orientale et être rattachée à la Région européenne.

Comme en 1951, des discussions techniques ont eu lieu au cours de l'Assemblée. Les sujets traités en 1952 étaient « L'importance économique de la médecine préventive » et « Les méthodes de protection sanitaire à appliquer sur le plan local ». En raison de l'intérêt suscité par les discussions techniques organisées lors de la Quatrième et de la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé, la Cinquième Assemblée a confirmé sa décision d'instituer de semblables discussions à l'occasion des Assemblées futures. Lors de la Sixième Assemblée Mondiale de la Santé, qui se réunira à Genève le 5 mai 1953, les discussions porteront, notamment, sur les modalités d'application des techniques sanitaires modernes qui peuvent permettre d'obtenir le maximum de résultats pour le minimum de dépenses, dans un programme de longue haleine dirigé contre : *a*) la tuberculose, *b*) la syphillis, et *c*) le groupe des fièvres typhoïdes.

Il est à regretter que, pendant la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé, plusieurs Etats Membres aient menacé de se retirer de l'Organisation, l'un parce qu'il estimait n'avoir pas reçu une aide suffisante de l'OMS, plusieurs autres parce qu'il leur a semblé que la majorité des Membres allaient voter un programme qu'ils n'approuvaient pas. On ne saurait trop souligner le tort que cause à l'Organisation et aux pays eux-mêmes cette façon de manifester leur désapprobation.

* * *

Le rapport de 1952 est à nouveau un exposé des faits qui ont marqué l'activité de l'Organisation pendant la période considérée. Comme en 1951, il se divise en 3 parties : la première rend compte de l'activité de l'Organisation en tant qu'autorité directrice et coordonnatrice dans le domaine de la santé ; la deuxième décrit en détail les travaux exécutés dans les Régions ; et la troisième, sur laquelle l'attention du Conseil Economique et Social est tout particulièrement appelée, concerne la collaboration de l'OMS avec d'autres organisations, notamment sa participation au programme d'assistance technique des Nations Unies en vue du développement économique. Les annexes présentent des données statistiques qui, pour la plupart, sont expressément demandées par les Nations Unies.

L'OMS a commencé à élaborer des méthodes pour apprécier l'efficacité de son activité au cours d'un certain nombre d'années et, dans l'avenir, les rapports annuels, au lieu de se borner à rendre compte des efforts accomplis, pourront être plus entièrement consacrés à l'exposé des résultats.

Conformément à la décision de la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé, on s'est abstenu, cette année, de présenter une analyse sommaire des rapports que les Etats Membres transmettent en vertu des articles 61 et 62 de la Constitution.

PARTIE I

DIRECTION ET COORDINATION
DE L'ACTIVITÉ SANITAIRE INTERNATIONALE

CHAPITRE 1

MALADIES TRANSMISSIBLES

La lutte contre les maladies transmissibles pose constamment de nouveaux problèmes. Il est indéniable aussi que, dans les diverses parties du monde, ces problèmes varient d'aspect suivant le degré de développement économique et social des régions considérées. Dans les pays évolués, où il a été possible de réduire la fréquence de nombreuses maladies, d'autres affections et des états pathologiques d'une complexité souvent plus grande encore ont pris graduellement plus d'extension. En outre, la lutte contre les maladies à virus se heurte à des difficultés particulières, parce que, le plus souvent, on ignore encore les moyens de les combattre avec succès.

Afin de réduire les taux de morbidité et de mortalité des principales maladies transmissibles, tant endémiques qu'épidémiques, l'OMS s'est attachée surtout, durant l'année écoulée, à accroître la force de résistance des populations, à assurer la destruction des vecteurs, à tarir les réservoirs d'infection, humains ou animaux, à encourager la recherche d'agents thérapeutiques plus efficaces et à faciliter à cet effet la formation de spécialistes. On a expérimenté une méthode permettant, dans l'exécution d'un même projet, de s'attaquer simultanément à plusieurs maladies. Les promesses qu'avaient laissé entrevoir le traitement en série des tréponématoses par la pénicilline et l'utilisation d'insecticides à effet rémanent pour combattre le paludisme et d'autres maladies transmises par les insectes ne se sont pas démenties. Toutefois, l'efficacité des insecticides, en particulier contre les mouches et les puces, n'étant pas toujours absolue, l'OMS a également encouragé des recherches afin de déterminer les raisons pour lesquelles certains vecteurs ont, contrairement à d'autres, acquis une résistance à ces produits.

Indépendamment de la destruction des insectes, la lutte contre les vecteurs des maladies a progressé en 1952 dans de nombreuses régions du monde. Dans le domaine de la bilharziose, l'OMS a entrepris, avec la collaboration de biologistes, de biochimistes, d'ingénieurs sanitaires et de représentants des services de santé publique, diverses études sur l'utilisation des nouveaux molluscocides. Des recherches ont été entreprises sur le terrain en vue d'enrichir notre connaissance des réservoirs animaux du choléra, de la peste et des zoonoses. Il a été prouvé qu'il était possible de réduire ces réservoirs animaux d'infection grâce à l'emploi d'anticoagulants pour la dératisation et à la vaccination des chiens pour la lutte contre la rage.

Des progrès sensibles ont aussi été enregistrés dans l'action entreprise contre des zoonoses telles que la brucellose, la fièvre Q et la leptospirose, notamment par la création de services vétérinaires d'hygiène publique chargés de s'occuper des problèmes de prophylaxie de ces maladies.

En ce qui concerne la coordination internationale des recherches et la standardisation des techniques de laboratoire, l'OMS s'est efforcée, en particulier, d'encourager l'étude de questions telles que les méthodes de diagnostic (pour la brucellose, la grippe, la poliomyélite, la fièvre Q, la rage, le trachome, les tréponématoses et la tuberculose), l'identification et la classification des vecteurs (pour la bilharziose, la filariose et le paludisme), la chimiothérapie de la brucellose, de la lèpre, du paludisme, du trachome et des tréponématoses, et l'utilisation de produits biologiques dans la lutte contre la brucellose, la diphtérie, la coqueluche et la variole.

On trouvera ci-après des indications sur cet ordre d'activité ainsi que sur l'aide accordée aux gouvernements en vue de la formation du personnel nécessaire.

Paludisme

Pendant l'année écoulée, l'OMS a prêté assistance aux gouvernements pour l'exécution de vingt projets antipaludiques dans les pays suivants : Afghanistan, Arabie Saoudite, Birmanie, Cambodge, Cameroun français, Chine (Taïwan), Haïti, Iles du Vent, Inde, Indonésie, Irak, Iran, Liban, Libéria, Paraguay, Philippines, République Dominicaine, Sarawak, Syrie et Viet-Nam. Cette aide fait partie intégrante de la campagne mondiale contre le paludisme, qui a pris beaucoup plus d'ampleur en 1952. Dans de nombreux pays, des plans ont été établis en vue d'une protection antipaludique de grande envergure qui s'étendra, dans certains cas, à l'ensemble du territoire national. L'exemple de l'Inde, où le programme adopté vise à assurer en l'espace de quelques années la protection d'une population s'élevant au total à 200 millions d'habitants, permet de mesurer l'étendue de ces projets. Il serait difficile de préciser jusqu'à quel point l'appui de l'OMS a contribué à l'expansion actuelle de la lutte antipaludique ; il est toutefois incontestable que les recherches épidémiologiques, les démonstrations de méthodes

nouvelles et la formation du personnel local (assurée sur place ou rendue possible à l'étranger par l'attribution de bourses d'études), qui comptaient parmi les projets bénéficiant de l'aide de l'OMS, ont facilité dans de vastes régions l'exécution de plans de longue haleine. Cette forme d'assistance a permis à certains pays d'utiliser avec fruit des quantités substantielles de fournitures procurées par des institutions internationales en vue de la lutte antipaludique. Par ailleurs, des paludologues de l'OMS ont contribué en qualité d'experts-conseils à mettre au point les opérations et à préparer des programmes à long terme.

Les premiers projets entrepris par divers pays avec l'aide de l'OMS ont été menés à bonne fin, il y a plus d'un an. L'ampleur des mesures adoptées par les gouvernements, après le départ des équipes de l'OMS, pour poursuivre ces efforts et en faire le point de départ de vastes campagnes atteste l'efficacité de l'aide dont ils ont bénéficié.

Dans de nombreux pays, le paludisme ne constitue plus, comme il y a quelques années encore, le principal problème de santé publique. Toutefois, il y a lieu de se demander si l'unique méthode de lutte antipaludique qui soit économiquement viable dans les régions rurales — c'est-à-dire les pulvérisations d'insecticides à effet rémanent — peut être utilement appliquée dans certaines vastes régions du monde. En effet, on ignore encore si un tel procédé peut être efficace dans des régions comme le Pacifique occidental où les vecteurs sont *Anopheles minimus flavirostris* ou *A. leucosphyrus* qui, semble-t-il, séjournent trop peu de temps à l'intérieur des maisons pour pouvoir absorber une dose toxique du produit. Des projets-pilotes auxquels participe l'OMS ont été entrepris dans les Philippines et à Sarawak ; on espère qu'ils donneront la solution du problème, dont dépend l'avenir de la lutte contre le paludisme dans ces régions.

Des difficultés analogues se présentent en Afrique tropicale où l'action antipaludique en est encore au stade initial. Les méthodes préconisées à la Conférence du Paludisme en Afrique équatoriale (tenue à Kampala en 1950) pour la destruction d'*Anopheles gambiae* sont coûteuses, car elles exigent l'application fréquente de doses massives d'insecticides.[1] Afin de rechercher des moyens plus économiques mais d'une égale efficacité, les gouvernements qui avaient sollicité l'aide de l'OMS et du FISE pour combattre le paludisme dans l'Afrique occidentale ont décidé d'entreprendre conjointement des études expérimentales comportant l'essai de plusieurs insecticides et méthodes de pulvérisation. Quatre projets de ce genre, établis sur des bases identiques et bénéficiant de l'aide de l'OMS, ont été entrepris. A la fin de l'année, le FISE avait envoyé des fournitures et du matériel, et l'OMS avait recruté des conseillers pour deux de ces projets (Libéria et Cameroun français). Ces expériences, qui sont exécutées en étroite liaison, portent sur des zones écologiques différentes (forêts, savanes, etc.). Le projet établi pour le Cameroun français prévoit la création d'un centre de formation professionnelle à l'intention du personnel des divers territoires de langue française en Afrique occidentale.

Grâce à ces projets, on espère pouvoir dégager des directives techniques applicables à d'autres pays d'Afrique tropicale où se posent des problèmes similaires. Il n'a toutefois pas paru nécessaire d'attendre les résultats de ces expériences pour engager une action antipaludique dans d'autres régions de l'Afrique. L'OMS, avec l'aide du FISE, a déjà prêté son concours aux administrations sanitaires de divers territoires pour l'organisation de campagnes sur la base des recommandations de la Conférence de Kampala et des principes adoptés par le Comité d'experts du Paludisme.

Afin que l'aide accordée par l'OMS aux gouvernements dans la lutte antipaludique contribue à renforcer de façon durable les services nationaux de santé, il importe de veiller à ce que ceux-ci disposent d'un personnel bien exercé à cet effet. Dans un grand nombre des pays qui bénéficient de l'assistance de l'OMS, cette formation est en cours. Les possibilités offertes à ces pays ont été judicieusement mises à profit et quelques-uns d'entre eux (l'Afghanistan et l'Iran par exemple) s'attachent à créer ou à développer, avec l'aide du personnel et des fournitures envoyés par l'OMS, des centres nationaux de formation professionnelle.

Un autre moyen de renforcer les services de santé publique est mis en évidence par la nouvelle méthode adoptée au Libéria pour l'exécution du projet expérimental de lutte contre le paludisme, laquelle consiste à mener de front cette lutte avec l'action prophylactique contre le pian ; les équipes affectées à ces deux projets collaboreront dans un centre unique, et appliqueront la même technique d'inspection systématique des habitations, qui aura lieu deux fois par an au moins. Il est à prévoir que les données obtenues de cette manière et les méthodes qui auront fait leurs preuves permettront de poser les fondements d'un service sanitaire rural. On se propose d'appliquer un système analogue en Syrie pour l'exécution d'un projet de lutte conjuguée contre la bilharziose et le paludisme.

Indépendamment de l'aide accordée pour la formation du personnel affecté aux divers projets, de l'attribution de bourses de voyage et d'études en paludologie, et de l'assistance prêtée aux instituts de paludologie et aux centres de formation professionnelle, l'OMS a participé, en 1952, à l'organisation de deux cours internationaux de paludologie dont l'un, en langue française, au Portugal (à Aguas de Moura et à Lisbonne) et l'autre, en langue anglaise, à Lagos, en Nigeria. En outre, trois chargés de cours (personnel international) ont été adjoints au corps enseignant de l'Institut de Paludologie d'Aguas de

[1] Voir *Org. mond. Santé: Sér. Rapp. techn.* 1951, **38**.

Moura, tandis que deux autres ont collaboré avec le service antipaludique de la Nigeria à l'organisation du cours de Lagos. Des membres du Secrétariat de l'OMS ont d'autre part fait, en 1952, dans différentes régions du monde, des conférences et des exposés sur le paludisme et l'œuvre de l'OMS dans ce domaine. Comme les années précédentes, des conseillers régionaux en paludologie ont collaboré étroitement à l'exécution des projets entrepris avec l'aide de l'OMS dans trois Régions (Asie du Sud-Est, Méditerranée orientale et Pacifique occidental).

Un groupe de spécialistes figurant au tableau d'experts de l'OMS a procédé à la revision du *Rapport sur la terminologie employée en paludologie*, établi par la Commission du Paludisme de la Société des Nations. Il faut espérer que la publication de ce texte revisé aidera les gouvernements à uniformiser les techniques épidémiologiques et les méthodes d'évaluation dans ce domaine. Un autre groupe de spécialistes, inscrits au tableau d'experts, a préparé un rapport sur la chimiothérapie du paludisme. Une étude sur *Anopheles gambiae* a paru dans la *Série de Monographies* (voir aussi chapitre 8). Grâce aux informations reçues des correspondants de l'OMS inscrits au tableau d'experts, une documentation technique importante a pu être distribuée concernant l'inactivation du DDT sur les murs de boue et l'apparition probable d'une résistance au DDT chez *A. sacharovi*, en Grèce.

L'OMS a maintenu une liaison étroite avec le FISE, qui a alloué des sommes considérables pour l'action antipaludique dans la Région de l'Asie du Sud-Est, dans les Amériques et, plus récemment, en Méditerranée orientale et en Afrique. Une équipe mixte OMS/FISE, accompagnée d'un représentant du Gouvernement français, s'est rendue dans le Cameroun français, au Togo français et en Afrique-Occidentale française pour étudier sur place l'épidémiologie du paludisme et collaborer à l'établissement des plans d'opérations antipaludiques en vue desquelles une aide internationale avait été sollicitée. Dans certains pays qui bénéficient à cet égard d'une aide substantielle sur la base d'accords bilatéraux, l'OMS a collaboré d'une manière soutenue avec les autorités chargées d'élaborer et de coordonner les programmes.

Tuberculose

Dans les pays très évolués de la zone tempérée, une diminution de la mortalité tuberculeuse continue d'être enregistrée. En revanche, aucun indice d'une régression semblable n'a été constaté dans les régions tropicales et subtropicales ; l'OMS s'est donc efforcée surtout d'y aider les gouvernements responsables à établir des programmes de lutte antituberculeuse.

L'action de l'OMS a consisté, pour une large part, à faciliter la création de centres de démonstration et de formation antituberculeuse. Au début de 1952, des centres de ce genre fonctionnaient dans les pays suivants : Birmanie, Ceylan, Equateur, Inde (à Delhi et à Trivandrum), Jamaïque, Pakistan, Salvador, Thaïlande et Turquie. Les projets entrepris au Salvador et en Turquie ont été menés à bonne fin, durant l'année, et de nouveaux projets ont été mis en œuvre en Egypte, dans l'Inde (Patna), en Indonésie et en Syrie.

Les constatations faites en 1952, lors de l'exécution de ces divers projets, ont confirmé l'opinion que bon nombre de mesures et de techniques antituberculeuses en usage dans les pays plus évolués ne peuvent être transplantées avec succès dans d'autres parties du monde ; la tâche de l'OMS dans la lutte contre la tuberculose est donc d'aider les divers pays à mettre au point les méthodes les mieux adaptées à leurs conditions propres, de les aider à en faire la démonstration et à former du personnel national en vue de leur application.

De même, les méthodes de diagnostic — qu'il s'agisse de la tuberculino-réaction, de la radiographie thoracique ou de la recherche du bacille de Koch — ne peuvent être transplantées directement d'un pays à l'autre ; il a donc fallu, dans chaque cas, procéder aux adaptations nécessaires après étude approfondie. Les travaux du Bureau de Recherches de l'OMS sur la Tuberculose concernant les épreuves à la tuberculine progressent favorablement (voir chapitre 2). L'organisation d'examens radiologiques s'est toutefois heurtée à des difficultés, aucun fabricant n'étant parvenu jusqu'ici à produire un matériel adapté aux conditions de certains pays où les équipes de l'OMS sont appelées à travailler, et où il importe de tenir compte du climat, de l'état défectueux des voies de communication et du manque d'expérience du personnel local. On s'efforce actuellement de surmonter ces difficultés d'un commun accord avec les fabricants. D'autre part, il est reconnu depuis longtemps que la seule méthode sûre pour diagnostiquer la tuberculose, dans des pays où les lésions pulmonaires peuvent être dues à de nombreuses maladies d'origine non tuberculeuse, consiste à mettre en évidence le bacille de Koch. Tous les centres antituberculeux créés avec l'aide de l'OMS ont été en conséquence dotés de laboratoires d'analyses médicales. Toutefois, les méthodes appliquées jusqu'ici par ces laboratoires, bien que considérées comme les plus efficaces par les meilleurs spécialistes du monde, n'ont pas toujours donné des résultats satisfaisants dans des pays où l'on est obligé de faire appel à du personnel auxiliaire, où le nombre d'échantillons à examiner est souvent très élevé et où il importe de réduire les dépenses au minimum. Aussi un expert-conseil (à horaire partiel) a-t-il été chargé, durant l'année, d'étudier cette question en collaboration avec divers instituts d'Europe et des Etats-Unis d'Amérique.

Pour la plupart des pays où des projets de lutte antituberculeuse ont été amorcés, on ne possédait que très peu d'informations, soit sur la fréquence ou l'origine de la tuberculose, soit sur l'épidémiologie de cette maladie. L'expérience a prouvé qu'il importe de procéder dans chaque pays à des études épidémiologiques préliminaires avant de donner aux gouvernements des avis sur le choix des moyens à utiliser pour combattre le fléau. L'OMS contribuera, par conséquent, à initier le personnel local non seulement aux diverses méthodes de lutte antituberculeuse, mais également aux recherches épidémiologiques.

Dans la tâche difficile du recrutement, l'OMS a bénéficié de l'aide précieuse de nombreux gouvernements qui ont mis à sa disposition des membres de leurs propres services de santé. Il a paru néanmoins utile de donner — comme l'a recommandé le Comité d'experts de la Tuberculose à sa cinquième session [2] — une préparation spéciale au personnel affecté aux divers projets avant de l'envoyer dans les pays intéressés. Le Bureau de Recherches sur la Tuberculose a assuré la formation de nombreuses catégories de personnel, mais il n'a pas été possible jusqu'à présent de pourvoir à la formation méthodique de tous les membres des équipes.

Des programmes de vaccination systématique au BCG ont été ou vont être appliqués — autant que possible, en corrélation avec les projets de lutte antituberculeuse — dans les pays suivants : Aden, Birmanie, Cambodge, Chine (Taïwan), Costa-Rica, Egypte, Hong-kong, Inde, Indonésie, Irak, Iran, Jamaïque, Pakistan, Philippines, Salvador, Thaïlande, Trinité et Viet-Nam. Dans l'exécution de ces programmes, les gouvernements ont bénéficié de l'aide commune de l'OMS et du FISE, ce dernier ayant procuré le matériel et les fournitures et remboursé à l'OMS les traitements de certaines catégories de personnel.

Une conférence d'experts phtisiologues de l'OMS s'est réunie du 20 au 30 novembre au Bureau régional de la Méditerranée orientale. Elle groupait des représentants des six Régions (à l'exception de l'Afrique), des chefs et du personnel des équipes travaillant en Birmanie, en Egypte, dans l'Inde, en Irak, au Pakistan, à Sarawak, en Syrie et en Thaïlande, ainsi que des représentants du Siège et du Bureau de Recherches sur la Tuberculose, de Copenhague. La conférence a examiné sous tous leurs aspects les projets entrepris dans les pays et fait des recommandations au sujet de l'intégration des programmes dans les services généraux de santé publique et de la possibilité d'associer les enquêtes sur la tuberculose aux enquêtes sur d'autres maladies. Elle a souligné enfin l'importance de l'éducation sanitaire pour la lutte antituberculeuse comme pour la lutte contre les autres maladies.

L'OMS a accordé en 1952 des bourses tant régionales qu'inter-régionales pour des études en phtisiologie. Un grand nombre de ces bourses ont été attribuées en vue de travaux se rattachant aux projets entrepris avec l'aide de l'OMS (voir annexe 16).

Maladies vénériennes et tréponématoses

La lutte contre les maladies vénériennes, spécialement contre la syphilis et la blennorragie, a progressé durant l'année dans de nombreuses régions ; il a été possible de réduire sensiblement les réservoirs des tréponématoses non vénériennes, en particulier de la syphilis endémique d'origine non vénérienne et du pian. La régression de la syphilis et de la blennorragie semble plus rapide encore dans les régions évoluées où la mycothérapie est largement appliquée, et les efforts des administrations sanitaires pour réduire la fréquence des tréponématoses non vénériennes y ont donné des résultats très appréciables.

Il est généralement admis que le traitement en série des tréponématoses par la pénicilline-retard, tel qu'il est pratiqué par l'OMS, peut être appliqué sans difficulté par les services de santé publique. De nouveaux perfectionnements ont été apportés à cette thérapeutique par le Comité d'experts des Maladies vénériennes et des Tréponématoses, qui a tenu sa quatrième session à Londres en juillet. Après avoir passé en revue les résultats obtenus par les équipes de l'OMS dans l'exécution des programmes de traitement en série, le comité a formulé des recommandations détaillées concernant l'application d'une méthode analogue pour enrayer les tréponématoses. Ces recommandations ont trait notamment à la nécessité de renouveler périodiquement les examens, en les espaçant plus ou moins selon les cas, à l'intérêt que présenterait le traitement d'environ 90% de la population, et aux avantages qu'offre, du point de vue épidémiologique, le traitement préventif des contacts.

L'OMS et le FISE ont participé à des programmes de lutte contre les tréponématoses non vénériennes. L'exécution d'un programme de lutte contre le pian s'est poursuivie à Haïti, en Indonésie, aux Philippines et en Thaïlande, et de nouveaux projets du même type ont été amorcés au Laos et dans le sud de l'Inde. Le projet entrepris au Libéria prévoit une action simultanée contre le paludisme et le pian. Les projets de lutte contre le béjel en Irak, et contre la syphilis endémique d'origine non vénérienne en Yougoslavie sont parvenus à un stade où l'aide internationale apparaît moins nécessaire. Les six grandes campagnes de masse entreprises contre les tréponématoses non vénériennes ont permis d'examiner, depuis le début

[2] Voir *Org. mond. Santé: Sér. Rapp. techn.* 1951, **32**, section 2*(b)*.

LES VILLAGEOIS COLLABORENT A LA CAMPAGNE CONTRE LA TUBERCULOSE

Le tambour d'un village de l'Inde annonce l'arrivée de l'équipe BCG.



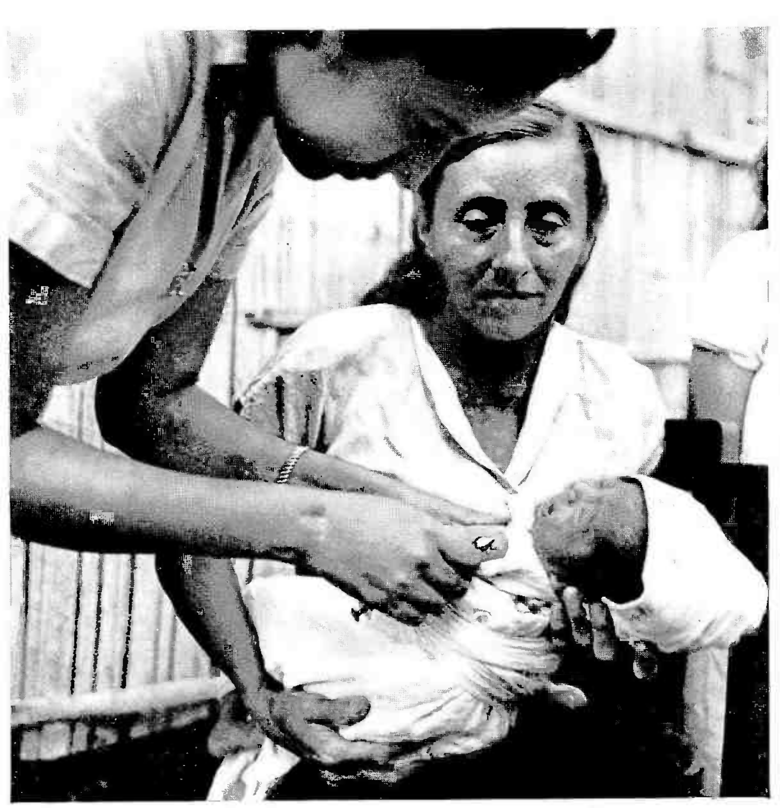
« Venez faire vacciner vos enfants, le BCG est absolument inoffensif » proclame le haut-parleur.



Les villageois attendent leur tour de se faire vacciner au dispensaire temporaire.

ASPECTS DIVERS DE LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE

Il faut respecter les coutumes nationales, ce qui ne laisse pas de compliquer le travail. Au centre de démonstration et de formation professionnelle créé à Karachi (Pakistan), avec l'aide du FISE et de l'OMS, on tente d'amener une femme portant le « purdah » traditionnel à se laisser radiographier, en lui expliquant le fonctionnement de l'appareil.



Vaccination d'un bébé d'un mois par le BCG, dans la cour de la maison de ses parents, à Guyaquil, Equateur.



Les visites à domicile de l'infirmière de la santé publique jouent un rôle important dans la lutte antituberculeuse à Rangoon (Birmanie).

UN COURS D'INFIRMIÈRES AU PAKISTAN

Une des classes du cours de protection maternelle et infantile organisé par l'équipe de démonstration de l'OMS à Lahore.



Des infirmières qui suivent le cours rendent visite à des indigents logés dans des abris de fortune.

COURS DE SAGES-FEMMES ORGANISÉ PAR L'OMS A SARAWAK



Une élève sage-femme reçoit des instructions de l'infirmière-monitrice de l'OMS.



La monitrice et l'élève font des visites à domicile. La mère vient d'avoir son cinquième enfant.



La monitrice fait la démonstration des soins prénatals à l'hôpital Kuching.



L'élève examine une femme enceinte.





Après deux années de préparation, l'élève peut exercer seule, donner des conseils aux mères et former à son tour de futures sages-femmes.

de leur mise en œuvre jusqu'au mois de juillet 1952, six millions de personnes environ, dont deux millions ont été traitées par la pénicilline.

Les progrès rapides des connaissances concernant le pian ayant permis de renouveler les méthodes de traitement, l'OMS a patronné, en collaboration avec le Gouvernement de la Thaïlande, le premier symposium international sur la lutte contre le pian. Au cours de cette réunion, tenue à Bangkok du 14 au 30 mars, des spécialistes originaires de plus de trente pays ont examiné des problèmes d'intérêt commun et passé en revue les méthodes thérapeutiques ainsi que les résultats des divers programmes. Ce symposium a permis de développer l'intérêt suscité par la lutte contre le pian et l'on a déjà pu constater ses heureux résultats.

Pour aider les gouvernements à combattre plus efficacement les maladies vénériennes, l'OMS s'est avant tout efforcée d'organiser des démonstrations et d'encourager les travaux de recherche ainsi que la formation de spécialistes. L'exécution de projets entrepris avec l'aide de conseillers de l'OMS s'est poursuivie durant l'année en Afghanistan, en Birmanie, à Ceylan, en Egypte, dans l'Equateur, au Guatemala et au Paraguay ; d'autre part, de nouveaux projets ont été amorcés en Arabie Saoudite, en Ethiopie, dans l'Inde, en Iran, au Pakistan et en Turquie. Trois de ces derniers projets prévoient, outre la lutte contre les maladies vénériennes, une campagne en faveur de la protection maternelle et infantile.

L'année a été marquée par une nouvelle extension de l'emploi de la pénicilline dans le traitement de la syphilis aussi bien que de la blennorragie. Aucun cas authentique de résistance à la pénicilline dans les tréponématoses n'a été signalé à l'OMS en 1952. Il a été toutefois établi que les préparations de pénicilline procaïnée G en suspension dans l'huile additionnée de 2% de monostéarate d'aluminium (PAM) peuvent présenter des différences marquées quant à leur capacité de maintenir une concentration bactériostatique assez prolongée. L'OMS a donc établi, pour ce produit, des normes minima qui figureront dans le Volume II de la *Pharmacopoea Internationalis*.

Un autre progrès marquant enregistré en 1952 a consisté dans l'introduction de nouvelles préparations de pénicilline-retard permettant, après une injection unique, de maintenir un taux bactériostatique dans le sérum pendant une durée de deux semaines en moyenne. Des études ont été entreprises en Indonésie et en Thaïlande sur la possibilité d'utiliser ces nouvelles préparations pour des campagnes de traitement en série dans des pays tropicaux.

L'OMS a poursuivi ses activités dans le domaine particulier de la protection des gens de mer contre les maladies vénériennes. La mise en œuvre du projet de démonstrations antivénériennes dans le port de Rotterdam a permis aux groupes d'étude de se documenter sur la lutte contre ces maladies dans les régions maritimes et d'examiner les différentes étapes de l'action antivénérienne. La Commission internationale antivénérienne du Rhin, qui s'est de nouveau réunie en 1952, a insisté sur la nécessité de poursuivre la collaboration entre les pays riverains. Deux nouveaux Etats Membres — Israël et le Japon — ont adhéré à l'Arrangement de Bruxelles de 1924 qui vise à faciliter le traitement des maladies vénériennes chez les gens de mer.

Les recherches effectuées par le Laboratoire international des Tréponématoses de Baltimore (Etats-Unis d'Amérique) ont porté notamment sur la parenté biologique des agents pathogènes de la syphilis, du pian, du béjel et de la pinta ; la possibilité de l'apparition d'une pénicillino-résistance ; l'immunité acquise à l'égard des tréponématoses ; et la clarification de certains aspects de la sérologie de la syphilis, du pian et d'autres tréponématoses.

On tend actuellement à recourir plus largement à la réaction d'immobilisation des tréponèmes, qui est utilisée dans certains pays comme épreuve de contrôle dans les cas présumés ou douteux de syphilis. L'OMS s'est efforcée d'encourager et de coordonner les travaux des laboratoires qui appliquent cette technique complexe.

Des préparations internationales provisoires de référence ont été établies en décembre 1951 pour la cardiolipine et la lécithine, en vue de leur utilisation dans le séro-diagnostic des tréponématoses, et l'on a fait de nouveaux progrès dans ce domaine en collectionnant des sérums desséchés sous congélation, qui présentent différents degrés de sensibilité. Les membres du Sous-Comité de la Sérologie et des Techniques de Laboratoire et du Comité d'experts des Maladies vénériennes et des Tréponématoses ont estimé que les résultats de l'étude-pilote sur la question (mentionnés dans le Rapport annuel de 1951) justifiaient la continuation des travaux entrepris. Des dispositions ont été prises en vue de centraliser au laboratoire de préparations sérologiques de référence de l'OMS — au Statens Seruminstitut de Copenhague — 25.000 échantillons de sérum de ce genre qui seront ultérieurement répartis pour y être expérimentés dans les laboratoires des diverses parties du monde.

Les résultats des échanges d'échantillons de sérum entre des laboratoires de différents pays, dont il est également question dans le Rapport annuel de 1951, ont été évalués, et les laboratoires locaux participant à l'exécution de vastes programmes de lutte contre les tréponématoses ont collaboré avec l'OMS en vue de déterminer la valeur respective des diverses techniques sérologiques dans des conditions variables.

Les conseillers régionaux de l'OMS ont prêté leur concours pour l'exécution de divers projets dans les Régions des Amériques, de la Méditerranée orientale et de l'Asie du Sud-Est. Des membres du Secrétariat du Siège et des experts-conseils spécialisés dans les techniques de laboratoire ont donné des avis concernant des projets entrepris dans d'autres Régions et

ont procédé à des enquêtes en Chine (Taïwan), à Hong-kong et en Yougoslavie. Plusieurs experts-conseils à court terme ont collaboré avec l'Organisation dans les Régions des Amériques, de l'Asie du Sud-Est, de l'Europe et du Pacifique occidental en vue de mettre à l'étude des programmes de lutte contre les maladies vénériennes et les tréponématoses, de les amorcer et d'en suivre les résultats.

En 1952, l'OMS a préparé et publié dans le *Bulletin* deux monographies sur la lutte contre les tréponématoses, ainsi que plusieurs articles dus à des spécialistes inscrits au Tableau d'experts des Maladies vénériennes et des Tréponématoses.

Enfin, un certain nombre de bourses d'études régionales et inter-régionales ont été attribuées au cours de l'année (voir annexe 16).

Parasitoses

Bilharziose

Comme les résultats obtenus dans la chimiothérapie de la bilharziose sont contradictoires, les efforts ont spécialement porté sur la destruction des mollusques et sur l'assainissement. Des molluscocides nouveaux plus actifs ont été utilisés avec succès ; toutefois, une meilleure connaissance du mollusque vecteur et de son milieu biologique conduira sans doute à la découverte de méthodes de destruction plus efficaces, qu'elles soient biologiques ou chimiques. L'OMS s'est préoccupée d'identifier et de classifier avec plus de précision les mollusques vecteurs ; plusieurs instituts scientifiques de France, du Danemark et de Rhodésie du Sud ont collaboré à ces recherches.

L'étude de *Schistosoma japonicum* au Japon a montré que le bétail bovin et ovin, et, dans une moindre mesure, les chevaux et les chiens, peuvent jouer un rôle important dans la persistance et la dissémination de la maladie. De nouvelles recherches sur ce problème ont été encouragées.

Une campagne dirigée contre la bilharziose a commencé en Egypte, où des essais pratiques de molluscocides ont été entrepris.

Il a été procédé à des enquêtes sur la bilharziose dans certains pays appartenant à la Région de la Méditerranée orientale, dans plusieurs territoires de la Région africaine et aux Philippines.

Le Comité d'experts de la Bilharziose s'est réuni à Porto-Rico au mois d'octobre. Il a relevé le manque de connaissances sur la bionomie et la biotaxie des mollusques servant d'hôtes intermédiaires et il a souligné que l'étude de la bionomie et de l'écologie des hôtes devrait s'étendre au milieu biologique des agents vecteurs. Il a recommandé également d'entreprendre des recherches supplémentaires sur la physiologie de ces hôtes. Enfin, il a élaboré des techniques d'enquête et préconisé de recourir à la fois aux molluscocides et aux méthodes biologiques pour détruire les vecteurs. A son avis, le traitement des populations infestées n'est un moyen efficace de combattre la bilharziose que s'il est complété par la destruction des mollusques vecteurs.

Maladies à virus [3] et rickettsioses

En 1952, l'OMS a coordonné et encouragé des recherches sur la fréquence et le mode de propagation de diverses maladies à virus, ainsi que sur les caractéristiques immunologiques des virus les plus répandus.

Comme de nombreuses maladies à virus posent des problèmes communs, l'OMS a groupé plusieurs tableaux d'experts de diverses maladies en un seul tableau d'experts, dit des maladies à virus. On a toutefois maintenu les tableaux d'experts de la variole et de la fièvre jaune, dont les membres s'occupent de questions de quarantaine internationale ; il en a été de même des tableaux d'experts de certaines zoonoses à virus.

[3] A l'exclusion de la rage et d'autres zoonoses à virus, dont le présent chapitre traite sous la rubrique Zoonoses.

Grippe

Les laboratoires de la grippe qui travaillent avec l'OMS — à savoir le Centre mondial de la Grippe, à Londres, et le Centre d'étude des souches pour les Amériques, à New-York — ont poursuivi leurs travaux sur l'isolement et le typage d'un grand nombre de souches de virus. Le *Relevé épidémiologique hebdomadaire* a publié de nombreux rapports émanant de ces laboratoires sur la fréquence de la grippe et le type de virus causal.

Si l'année 1952 n'a pas été marquée par de grandes épidémies de grippe comparables à celles de 1950 et 1951, on a constaté néanmoins plusieurs poussées sporadiques étendues. Le virus prédominant a été

celui du type B ; le Centre mondial de la Grippe à Londres et le Centre d'étude des souches pour les Amériques ont établi des rapports provisoires sur les souches isolées : ces rapports ont été communiqués à tous les centres de la grippe et aux membres inscrits au tableau d'experts. Les rapports définitifs pour l'hiver 1950/1951 ont été distribués. L'OMS s'est efforcée, avec le concours de son Bureau régional des Amériques, d'augmenter le nombre des centres de la grippe qui composent son réseau sud-américain.

Lors de sa première session, tenue à Genève au mois de septembre, le Comité d'experts de la Grippe a étudié l'épidémiologie de la maladie, les vaccins spécifiques, les méthodes de diagnostic, les méthodes de lutte contre les épidémies et la thérapeutique à adopter. Il a exprimé l'avis qu'un élargissement du programme de l'OMS dans le domaine de la grippe pourrait permettre de prévoir les épidémies et de déceler le type de virus auquel elles seraient vraisemblablement imputables. On disposerait ainsi de suffisamment de temps pour préparer des vaccins appropriés, considérés aujourd'hui comme les agents prophylactiques les plus riches de promesses, bien qu'ils ne soient pas encore définitivement au point.

Poliomyélite

Un certain nombre de laboratoires ont fourni des renseignements sur la préparation de vaccins, le pouvoir immunisant de la gamma-globuline et les moyens dont on dispose actuellement tant pour isoler et identifier des souches de virus de la poliomyélite que pour entreprendre des études sérologiques. D'autre part, l'Organisation a poursuivi avec fruit ses efforts en vue de coordonner l'action des groupes nationaux et internationaux qui s'occupent de la poliomyélite.

A la fin de l'année, le projet de réadaptation des enfants physiquement diminués, exécuté au Japon avec l'assistance de l'OMS, a été élargi de manière à comprendre le traitement des victimes de la poliomyélite.

Variole

Désireuse de recueillir des renseignements sur les qualités de conservation du vaccin antivariolique sec dans les conditions qui se rencontrent effectivement dans les divers pays, l'OMS a patronné une série d'expériences, exécutées en laboratoire sur quatre vaccins secs, qui doivent permettrent de déterminer le degré de la perte d'efficacité de vaccins conservés à des températures différentes. Les laboratoires d'Ann Arbor (Michigan, Etats-Unis d'Amérique), de Bandoeng (Java), de Paris et de Vienne ont fourni pour ces épreuves des échantillons de leur vaccin sec et une préparation « humide » provenant de la même souche de virus vaccinal. Les directeurs des laboratoires d'Ann Arbor, de Copenhague, de Londres, de New-York et de Paris se sont réunis à Genève, au mois de juin, et sont convenus d'une technique uniforme pour l'essai des quatre vaccins secs. Les épreuves de laboratoire, qui ont commencé vers la fin de 1952, se poursuivront pendant toute l'année 1953.

L'OMS participe à une étude pratique sur l'emploi de gamma-globuline hyper-immunogène pour la prophylaxie et le traitement de la variole, qui a été entreprise à Madras par la Fondation Hooper de l'Université de Californie, avec la collaboration du Directeur général de la Santé du Gouvernement de l'Inde et des autorités sanitaires de Madras.

En 1952, des mesures de prophylaxie contre la variole ont été prises en liaison avec la campagne dirigée au Paraguay contre l'ankylostomiase et avec le programme de vaccination contre la diphtérie et la coqueluche exécuté en Colombie.

Trachome

Le Comité d'experts du Trachome s'est réuni à Genève du 3 au 8 mars 1952 ; il a étudié la possibilité d'appliquer un traitement en série par les antibiotiques (auréomycine, terramycine) et les sulfamidés.

Dans son rapport,[4] le comité relève que la lutte contre le trachome devrait être dirigée non seulement contre la maladie elle-même mais aussi contre les affections apparentées ou associées, en particulier les conjonctivites épidémiques. Il déclare que la lutte contre le trachome devrait reposer notamment sur le dépistage des cas et le traitement des malades, une éducation sanitaire rationnelle adaptée aux conditions du pays, la destruction des agents vecteurs possibles et d'autres formes d'assainissement du milieu. Il a présenté également, sur la législation sanitaire internationale, des recommandations qui ont été transmises au Comité de la Quarantaine internationale.

L'exécution de projets-pilotes a débuté en Chine (Taïwan) et va être entreprise au Maroc (Protectorat français) et en Tunisie, à l'aide de fournitures et de matériel procurés par le FISE.

Les recherches qui avaient commencé en 1951, au Maroc français, en vue d'élaborer les méthodes les plus économiques et les plus efficaces de traitement en série, se sont poursuivies dans une mesure restreinte. L'Institut Pasteur de Tunis étudie l'applica-

[4] *Org. mond. Santé: Sér. Rapp. techn.* 1952, **59**

tion locale de cortisone comme critère de guérison. Les premiers résultats indiquent que, dans un nombre important de cas où une guérison clinique a été réalisée, la cortisone est capable de réactiver le virus.

Typhus

L'OMS et le FISE ont continué d'assister les Gouvernements de la Bolivie et du Pérou en organisant des campagnes contre le typhus par application de DDT en poudre. En Afghanistan, la campagne inaugurée en 1950 a été étendue et le poudrage au DDT s'est montré efficace.

Hépatite à virus

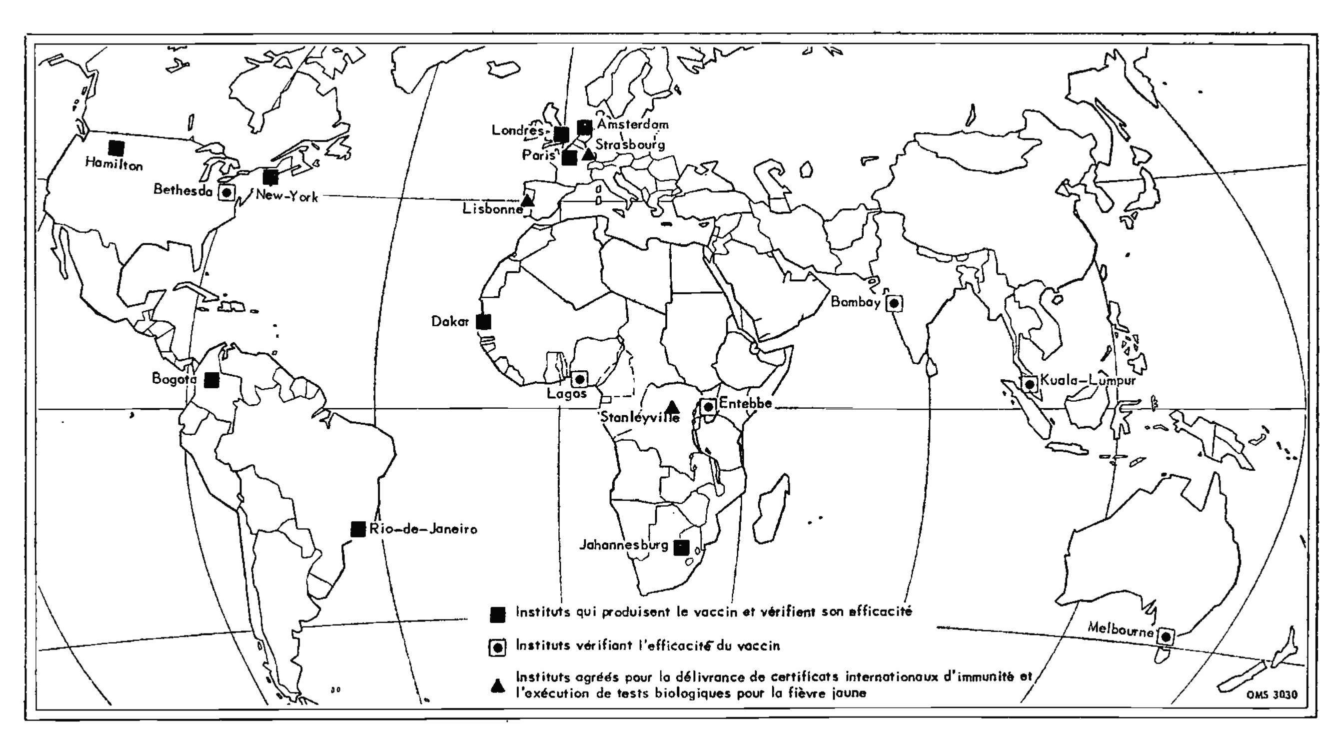
Le Comité d'experts de l'Hépatite a tenu sa première session à Liége (Belgique), au mois de juillet, à l'issue de la conférence internationale organisée sur le même sujet par la Société internationale de Pathologie géographique. Le comité a spécialement étudié la virologie et l'épidémiologie de l'hépatite infectieuse et de l'hépatite sérique, ainsi que les problèmes de santé publique que soulèvent ces maladies. Il a insisté sur la nécessité d'un complément d'information sur leur fréquence, l'importance croissante de l'hépatite sérique et les dangers inhérents aux transfusions opérées avec du plasma mélangé. Etant donné qu'on ne peut se fier actuellement à l'irradiation par l'ultra-violet pour stériliser le sérum, le comité a recommandé de poursuivre les recherches. Comme de nombreux procédés de stérilisation couramment utilisés ne permettent pas de stériliser le virus de l'hépatite sérique, le comité a rédigé des recommandations détaillées en vue de diminuer les risques de transmission. Il a admis que l'injection de gamma-globuline confère une protection temporaire contre l'hépatite infectieuse et que l'immunité dure souvent plus longtemps qu'on ne le prévoyait ; il a recommandé de poursuivre les recherches sur ce point et sur la préparation d'antigènes pour cuti-réactions.

Fièvre jaune

La collecte de spécimens de sang prélevés par échantillonnage dans la population a pris fin dans la plupart des territoires soumis à l'enquête sur l'immunité ; cette enquête avait pour objet de déterminer plus exactement l'extrême limite méridionale de la zone d'endémicité amarile en Afrique (voir les Rapports annuels de 1950 et de 1951). Des épreuves de neutralisation ont été exécutées par les Instituts de recherches sur la fièvre jaune d'Entebbe et de Johannesburg ; elles ont porté sur 9.000 des quelque 10.000 échantillons de sang recueillis pour l'enquête. La collecte des échantillons ayant subi des retards imprévus dans certains territoires, il n'a pas été possible d'achever, en 1952, l'examen en laboratoire des sérums de ces provenances.

L'Institut d'Hygiène et de Bactériologie de l'Université de Strasbourg et l'Institut de Médecine tropicale de Lisbonne ont tous deux été agréés en

CARTE 1. INSTITUTS AGRÉÉS PAR L'OMS POUR LA PRÉPARATION ET LE CONTRÔLE DES VACCINS ANTIAMARILS



vue de l'exécution des tests de séro-protection prescrits pour la délivrance du certificat international d'immunité contre la fièvre jaune. Toutes dispositions utiles ont été prises pour assurer le contrôle international, par trois instituts spécialement choisis, du vaccin antiamaril préparé par les Laboratoires sérologiques du Commonwealth, à Melbourne. D'autre part, le nécessaire a été fait pour qu'une quantité appropriée de souche-mère du vaccin provenant du Rocky Mountain Laboratory de Hamilton (Montana, Etats-Unis d'Amérique) soit fournie gratuitement à l'Institut central de recherches de Kasauli (Pendjab oriental, Inde) qui doit entreprendre la préparation de vaccin antiamaril. La carte 1 montre la distribution géographique des instituts agréés par l'OMS pour préparer des vaccins antiamarils, contrôler l'efficacité des vaccins et exécuter les épreuves biologiques exigées pour la délivrance du certificat international d'immunité.

Des campagnes de lutte contre les insectes, en particulier contre *Aëdes aegypti*, se sont poursuivies avec l'assistance de l'OMS et du FISE dans neuf pays de l'Amérique centrale et de la région des Antilles. Les campagnes conjuguées de destruction des insectes et de vaccination antiamarile ont progressé normalement à Costa-Rica et en Equateur.

Zoonoses

Dans le domaine des zoonoses, les travaux ont essentiellement porté sur plusieurs grandes maladies transmissibles de l'animal à l'homme, sur la création de services vétérinaires d'hygiène publique dans le cadre des ministères nationaux de la santé, et sur la salubrité des viandes de boucherie. Comme les années précédentes, la FAO a été invitée à collaborer chaque fois qu'il y avait lieu et, d'autre part, l'OMS est demeurée en liaison avec l'Office international des Epizooties.

Un colloque sur les zoonoses, auquel ont participé des médecins et des vétérinaires attachés aux administrations de divers pays européens, s'est tenu à Vienne, au mois de novembre, sous les communs auspices de la FAO et de l'OMS ; les sujets traités ont été la brucellose, la tuberculose bovine, la rage, la fièvre Q et la leptospirose. Des experts de l'OMS et de la FAO ont dirigé les débats, donné des conférences et fait des démonstrations de laboratoire sur les méthodes les plus récentes de diagnostic, de traitement et de prophylaxie.

Au cours de l'année, un expert de la salubrité des viandes, engagé par l'OMS et la FAO, a fait une enquête sur les pratiques suivies dans douze pays de l'Amérique latine et donné des conseils à ce sujet.

L'OMS a envoyé des experts-conseils en Colombie, en Equateur et en Israël, afin d'aider ces pays à créer des services vétérinaires d'hygiène publique dans le cadre de leur administration sanitaire. Ces mesures semblent avoir permis de renforcer notablement ces administrations. Ceylan, le Pérou, les Philippines, le Venezuela et la Yougoslavie ont également bénéficié des conseils de l'Organisation.

Brucellose

Le Comité mixte FAO/OMS d'experts de la Brucellose a tenu sa deuxième session à Florence du 13 au 18 octobre. Il a passé en revue les résultats des recherches faites dans les centres FAO/OMS de la brucellose et a formulé des recommandations sur la normalisation des techniques de laboratoire utilisées pour l'identification des espèces de *Brucella*, le diagnostic de la brucellose chez l'homme et les animaux, son traitement chez l'homme et sa prophylaxie chez les animaux.

Les centres ont entrepris des recherches sur le traitement de la brucellose humaine soit par association d'antibiotiques et de sulfamidés, soit par la vaccinothérapie ; ils ont essayé des antigènes pour intradermo-réaction sur l'homme et les animaux, ainsi que d'autres méthodes de laboratoire ; ils ont recouru à la bactériologie en vue d'identifier les espèces de *Brucella* et d'en déterminer le type ; ils ont enfin étudié la possibilité de mener des enquêtes locales et régionales sur l'étendue de l'infection brucellique chez les animaux et prévu l'organisation de campagnes pour enrayer la maladie.

Du petit matériel de laboratoire et des fournitures ont été envoyés à plusieurs centres ; une aide financière a été accordée à des centres du Mexique et des Etats-Unis d'Amérique, en vue de recherches spéciales.

Afin de coordonner les recherches patronnées par l'OMS et la FAO, des fonctionnaires du Siège ont été envoyés au Brésil, en Espagne, en Grèce, en Israël, au Mexique, en Turquie et en Yougoslavie. Des experts vétérinaires de la FAO se sont rendus en Birmanie, en Ethiopie, au Honduras, en Irak, en Iran, au Pakistan et en Thaïlande ; de concert avec l'OMS, ils y ont étudié la question de la brucellose et donné des conseils relatifs à cette maladie et à divers autres problèmes.

Une réunion d'étude sur la brucellose, destinée à des médecins et des vétérinaires de dix pays de l'Amérique du Sud, a été organisée à Santiago du Chili sous les auspices de l'OMS ; elle s'est ouverte le 1er décembre et a duré deux semaines. Cette réunion avait pour objet d'uniformiser, dans les pays considérés, les techniques de laboratoire pour les travaux sur la brucellose, afin que les résultats obtenus puissent être facilement comparés à ceux des laboratoires des autres parties du monde. Au programme

de la réunion de Santiago figuraient des discussions et des travaux pratiques de laboratoire, dirigés par des experts-conseils de l'OMS.

L'activité de l'OMS et de la FAO, coordonnée avec celle de l'Office international des Epizooties, a donné l'an dernier des résultats appréciables aussi bien dans l'étude de problèmes scientifiques fondamentaux que dans la lutte menée sur place contre la maladie. Un exemple marquant est fourni par la suppression quasi radicale, dans une région de la Yougoslavie septentrionale, de l'infection à *Br. melitensis* transmise aux hommes par les moutons et les chèvres, qui posait auparavant un grave problème. Le centre FAO/OMS de la brucellose établi en 1950 à Rijeka a entrepris une campagne énergique, visant les animaux infectés du district. A la fin de 1952, la brucellose avait disparu des troupeaux et ne se rencontrait plus chez l'homme.

Fièvre Q

L'enquête sur la fièvre Q, menée dans différents pays du monde (voir Rapport annuel de 1951, page 36) s'est poursuivie, et ses résultats sont actuellement à l'étude ; les renseignements déjà recueillis permettent de conclure que la maladie existe dans de nombreux pays jusqu'ici considérés comme indemnes.

L'OMS a, d'autre part, envoyé des experts-conseils en Espagne.

Sur la recommandation du Comité d'experts pour la Standardisation biologique, cinq laboratoires ont entrepris de préparer un étalon international d'antisérum de la fièvre Q, pour l'emploi en médecine et en médecine vétérinaire. L'OMS assure la coordination du travail et donne des directives d'ordre technique. Un antisérum étalon provisoire a été préparé ; vers la fin de l'année, les laboratoires désignés procédaient aux épreuves de contrôle.

Rage

Dans le domaine de la rage, l'activité de l'OMS a été principalement marquée, en 1952, par la convocation d'une réunion d'étude qui a eu lieu, du 14 au 28 juillet, à l'Institut Pasteur de Coonoor (Inde méridionale). Cette réunion, organisée sur la demande d'un certain nombre de pays des Régions de la Méditerranée orientale, de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental, comportait des conférences, des discussions, des démonstrations et des travaux pratiques de laboratoire. Cinquante-cinq médecins et vétérinaires spécialistes de la rage, venus de vingt-trois pays, y ont participé. Des experts de l'OMS ont dirigé les discussions et les travaux de laboratoire. La réunion a été caractérisée par un enseignement pratique précis et poussé, donné à un groupe international de nombreux spécialistes : chaque participant a été en mesure de faire ses propres expériences et d'apprendre ainsi à appliquer de nouvelles techniques de laboratoire fort compliquées. Cet enseignement intensif avait d'autant plus de valeur que les progrès récemment accomplis dans la lutte antirabique sont le résultat de recherches faites par une poignée de spécialistes dispersés dans le monde entier. En inaugurant ce nouveau mode de formation professionnelle, l'OMS a pris une initiative de nature à accroître l'utilité d'autres réunions techniques analogues.

Des fonctionnaires du Siège se sont rendus en Grèce, dans l'Inde, en Indonésie, en Malaisie, au Mexique, en Thaïlande et en Yougoslavie afin d'aider ces pays à préparer des vaccins et de collaborer à des campagnes contre la rage. Des dispositions ont été prises pour éprouver l'activité des vaccins antirabiques préparés par divers laboratoires nationaux ; une petite subvention a été accordée à l'Institut Pasteur de Paris pour couvrir les dépenses entraînées par ce travail.

Deux années se sont écoulées depuis que des expériences, exécutées sur place sous les auspices de l'OMS, ont été entreprises en Israël pour démontrer la possibilité de lutter contre la rage par la vaccination en série des chiens, avec un vaccin préparé à partir du virus atténué par le passage sur l'œuf fécondé (voir les Rapports annuels de 1950 et de 1951). Les résultats ont été extrêmement encourageants. Aucun cas de rage chez l'homme n'a été constaté au cours des deux dernières années, alors que l'on avait enregistré vingt cas mortels pendant la période 1948-1950. Le nombre des animaux enragés a considérablement diminué et aucun chien vacciné n'a contracté la maladie. Les observations se poursuivront afin de déterminer la durée de l'immunité conférée au chien par une seule vaccination. En 1952, il a été procédé à deux autres essais, d'ailleurs limités, dans l'île de Zante (Grèce) et à Ipoh (Malaisie).

Jusqu'ici l'essai en Iran de sérum hyperimmun sur des hommes mordus par des loups enragés n'a donné que des résultats de portée restreinte. Si encourageants que soient les résultats obtenus, les cas ont été néanmoins trop peu nombreux pour avoir une signification statistique. Afin de tirer plus rapidement des conclusions sur la valeur de ce sérum, une série de recherches de laboratoire a été entreprise par différentes personnalités inscrites au Tableau d'experts de la Rage. L'OMS assurera la coordination des travaux.

Tuberculose bovine

L'OMS a continué à s'occuper, en collaboration avec la FAO, de la préparation d'un étalon provisoire de dérivé protéinique purifié (PPD) avianisé, destiné à être utilisé en médecine vétérinaire, en même temps qu'un étalon de PPD de mammifères. Les deux organisations, qui collaborent avec l'Office international des Epizooties, continueront leurs travaux sur d'autres étalons qui présentent un intérêt au double point de vue médical et vétérinaire.

Grippe porcine

Afin d'élucider les rapports entre la grippe humaine et la grippe porcine, plusieurs souches de virus de

cette dernière, isolées dans différents pays, ont été envoyées au Centre de la Grippe de Londres, pour étude et comparaison avec des souches de grippe humaine. Les résultats montrent que si les souches porcines examinées offrent des analogies avec certaines souches humaines du groupe « A », la maladie du porc ne présente pas actuellement d'importance pour l'épidémiologie de la grippe chez l'homme. Néanmoins, comme certains faits acquis permettent de conclure à une relation épidémiologique entre l'une et l'autre maladie, le Comité d'experts de la Grippe a recommandé de poursuivre l'étude de la question.

Leptospirose

Des travaux récents montrent que les animaux domestiques sont d'importants réservoirs de leptospires susceptibles d'être des parasites de l'homme. L'OMS a aidé à coordonner les recherches dans ce domaine, spécialement celles qui visent les méthodes de typage et de diagnostic. Des spécialistes se sont réunis à Washington, au mois de décembre ; dans leur rapport, ils énumèrent les questions qui intéressent les autorités nationales et formulent des suggestions sur l'orientation future des travaux de l'OMS et de la FAO dans ce domaine.

Diphtérie et coqueluche, méningite, choléra, peste et lèpre

Diphtérie et coqueluche

Une conférence des directeurs de laboratoires spécialisés dans la préparation de produits prophylactiques antidiphtériques et anticoquelucheux s'est tenue en Yougoslavie au mois d'octobre ; elle a passé en revue les produits biologiques qui existent actuellement et examiné leurs avantages respectifs. Elle a souligné qu'il n'est pas possible de combattre la diphtérie et la coqueluche sans vacciner une partie suffisante de la population réceptive, de manière à lui conférer l'immunité. A cette fin, il est indispensable non seulement de disposer d'agents prophylactiques réellement efficaces, mais de les soumettre à un contrôle biologique minutieux à tous les stades de leur préparation en raison des variations imprévisibles dont leur activité est susceptible. Des indications précises sur les méthodes de préparation, d'essai et d'utilisation des meilleurs prophylactiques modernes ont été incorporées au rapport de la conférence, dans l'intention d'encourager certains laboratoires à améliorer la qualité des produits biologiques qu'ils préparent actuellement.

Des campagnes de vaccination polyvalente ont été poursuivies dans plusieurs pays de l'Amérique du Sud ; elles ont bénéficié des conseils techniques de l'OMS et de l'aide financière du FISE. En Colombie, un programme de lutte contre la variole sera associé à la campagne de vaccination contre la diphtérie et la coqueluche. Au cours de l'année, une campagne de vaccination antidiphtérique a été entreprise à Hong-kong par le FISE, qui a bénéficié des avis techniques de l'OMS.

D'autre part, le Gouvernement des Philippines a reçu l'assistance de l'OMS et du FISE pour la production d'antigènes diphtériques.

Méningite

Dans de nombreuses parties du monde, la méningite cérébrospinale ne soulève plus de problème sérieux. Cependant, des épidémies meurtrières éclatent encore chaque année en Afrique centrale. En 1952, une épidémie s'est déclarée au Soudan et a été particulièrement grave. Un expert-conseil a été envoyé dans cette région et l'on a essayé, sur quelques sujets, l'efficacité prophylactique des sulfamidés et de la pénicilline (PAM). On espère que les résultats, une fois connus, se révéleront utiles et permettront d'élaborer des mesures préventives susceptibles d'être appliquées en grand.

Choléra

L'équipe envoyée par l'OMS a commencé ses travaux dans une zone d'endémicité cholérique du Pakistan oriental qui, d'après beaucoup de spécialistes, ferait partie du foyer originel de la maladie. Elle est chargée de procéder à des recherches approfondies sur l'épidémiologie du choléra dans cette zone, afin de trouver des méthodes de prophylaxie efficaces et économiques, fondées sur des mesures d'assainissement. On espère que les résultats qu'elle aura obtenus permettront de mettre au point un plan de lutte contre le choléra rural, valable non seulement pour le Pakistan oriental mais aussi pour d'autres territoires où cette maladie sévit dans les campagnes.

Peste

Le peste pose un sérieux problème dans l'Etat indien d'Uttar Pradesh : des épidémies, qui ont évidemment leur source dans des foyers endémiques, éclatent de temps à autre, s'étendent à de vastes régions et font de nombreuses victimes. En 1952, un écologiste a commencé à travailler dans ce territoire en vue de délimiter les zones d'endémicité et d'élaborer des plans qui permettront d'enrayer et même de prévenir les épidémies. Une conclusion intéressante, bien que sujette à revision, est que la peste existe depuis longtemps à l'état endémique dans cette partie de l'Inde et qu'elle a probablement été importée d'Asie centrale.

Le Comité d'experts de la Peste s'est réuni à Bombay du 5 au 10 décembre. Il a analysé les résultats d'enquêtes faites en Afrique sur les rongeurs, examiné les méthodes modernes de dératisation et il s'est occupé de problèmes bactériologiques et immunologiques. Il a également étudié la possibilité de standardiser les méthodes de traitement de la peste.

Un expert a été envoyé en Indonésie pour donner des conseils sur les mesures de prophylaxie à prendre avant le début de la saison de la peste.

Cinq études sur la peste — traitant respectivement de la bactériologie, de l'immunologie, de la pathologie, des méthodes de laboratoire pour le diagnostic de la maladie et des réservoirs de virus — ont paru en 1952 dans le *Bulletin*.

Lèpre

Avec le concours des membres inscrits au Tableau d'experts de la Lèpre, des informations ont été recueillies sur la classification et l'épidémiologie de cette maladie ainsi que sur sa prophylaxie et son traitement. La découverte de bacilles acido-résistants chez des contacts et des malades ordinairement considérés comme non infectieux a provoqué de nouvelles recherches d'ordre pathologique et épidémiologique.

Le Comité d'experts de la Lèpre s'est réuni au mois de novembre 1952. Il s'est occupé de la transmissibilité des diverses formes de lèpre, de la prophylaxie par vaccination au BCG, de la lutte antilépreuse et du traitement de la maladie, de la standardisation de l'épreuve à la lépromine et de la classification de la lèpre.

A la fin de l'année, une enquête était en cours en Ethiopie sous la direction d'un expert-conseil de l'OMS. A la suite d'une étude des travaux sur la lèpre, qui a été effectuée en Birmanie en 1951 avec l'aide d'un expert-conseil de l'OMS, une nouvelle assistance a été accordée à ce pays, pour former du personnel et organiser la lutte contre cette maladie.

CHAPITRE 2

BUREAU DE RECHERCHES SUR LA TUBERCULOSE

Jusqu'en 1952, le Bureau de Recherches sur la Tuberculose s'est voué presque exclusivement à des travaux d'application pratique et ne s'est consacré qu'occasionnellement à des travaux de laboratoire. Cependant, la nécessité de recherches de cet ordre était reconnue depuis quelque temps, et à partir du printemps de 1950, des efforts répétés ont été entrepris pour favoriser leur exécution. Une excellente occasion s'est offerte vers la fin de l'année lorsque le Service danois de Santé a demandé conseil à l'OMS sur la meilleure manière d'utiliser, pour l'action prophylactique antituberculeuse internationale, le solde, équivalant à environ US $340.000, des fonds recueillis par le Danemark lors de l'Appel des Nations Unies en faveur de l'Enfance. Le 5 décembre 1951, un accord était conclu entre le Gouvernement danois et l'OMS en vue de la création, à Copenhague, d'un centre de recherches sur l'immunisation contre la tuberculose. Un comité de direction fut ensuite constitué ; il comprenait deux représentants de chacune des parties contractantes et avait pour secrétaire le directeur du centre ; on procéda, d'autre part, à l'installation d'un laboratoire de cinq salles au Statens Seruminstitut, moyennant une dépense de US $40.000 environ. L'OMS a acheté pour US $20.000 de matériel d'équipement pour ce laboratoire, qui a commencé à fonctionner en octobre. Sur la recommandation du comité de direction, deux membres du personnel du Bureau de Recherches sur la Tuberculose ont été affectés au laboratoire, l'un en qualité de directeur et l'autre en qualité de bactériologiste. Le centre travaillera en collaboration étroite avec l'OMS.

Lorsque la Campagne internationale contre la Tuberculose prit fin en juin 1951, 38 millions d'enfants et d'adolescents avaient été soumis à l'épreuve tuberculinique et 18 millions d'entre eux, qui avaient réagi négativement, avaient été vaccinés par le BCG. Dans un grand nombre de pays bénéficiaires, les statistiques de mortalité et de morbidité par tuberculose étaient inexistantes ou peu sûres, et c'était la première fois qu'une vaste campagne d'épreuves tuberculiniques y était exécutée. Le programme international de vaccination par le BCG a ainsi fourni une occasion unique de rassembler à l'échelle mondiale des renseignements sur la sensibilité à la tuberculine : les techniques employées étaient relativement uniformes et la tuberculine utilisée provenait d'un seul et même laboratoire ; les fiches d'observation furent, elles aussi, standardisées. Les données recueillies représentent donc, sans doute, pour de nombreux pays et groupes démographiques le meilleur indice particulier que l'on ait de la tuberculose et elles doivent permettre de comparer la sensibilité à la tuberculine non seulement entre les régions d'un même pays, mais aussi entre les pays.

Dès le début de la campagne, on se rendit compte de l'avantage qu'il y aurait à confier à un bureau central le soin de rassembler les données statistiques et de les analyser en vue de leur publication. Ce fut l'une des premières tâches qu'assuma le Bureau de Recherches sur la Tuberculose après sa création, au début de 1949. A la fin de 1952, neuf rapports consacrés à divers pays avaient été publiés, dont sept au cours de l'année ; deux autres rapports étaient presque achevés.

Des recherches approfondies ont été faites sur le vaccin BCG au cours des trois dernières années. On a étudié l'effet du vaccin sur 44.000 écoliers à l'occasion de 23 projets. La totalité des contrôles prévus après 6 à 17 semaines ont été effectués pour les 23 projets ; quant à ceux qui devaient être faits après un an et après deux ans, ils ont été pratiqués pour 16 et 7 projets respectivement. Ces travaux ont permis de rassembler sur les réactions tuberculiniques et les lésions vaccinales d'abondantes données quantitatives qui ont enrichi notre connaissance du BCG et de la vaccination par le BCG. Certains de ces renseignements ont fait l'objet d'une série d'articles parus dans le *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*.[1] On a, d'autre part, préparé une monographie spéciale intitulée *BCG Vaccination : Studies by the WHO Tuberculosis Research Office, Copenhagen*, où l'on s'est efforcé de coordonner l'ensemble de ces informations. Cette monographie traite de toute une gamme de questions, depuis les effets de l'emmagasinage prolongé, de la température et de la lumière sur le vaccin, jusqu'à certaines variations qualitatives observées dans le pouvoir allergène des vaccins préparés par des laboratoires différents. Le texte est accompagné de tableaux récapitulatifs et de graphiques, ainsi que de 140 pages de tableaux détaillés contenant toutes les données de base. Cette publication, dont le besoin est urgent pour l'organisation des campagnes de vaccination par le BCG, constituera, d'autre part, une source d'informations précises pour les chercheurs.

[1] *Bull. Org. mond. Santé*, 1950, **3**, 1, 279 ; 1952, **5**, 245, 333 ; **7**, 201

Une constatation importante mais déconcertante a été faite au cours des réexamens postvaccinaux de la Campagne internationale contre la Tuberculose : il existe des variations considérables dans l'allergie postvaccinale et, dans certains pays, le niveau de celle-ci est extrêmement bas en comparaison des résultats uniformément satisfaisants observés au Danemark. Etant donné ces divergences, il était impérieux de rechercher les principaux facteurs qui pouvaient influer sur le pouvoir allergène du BCG. Des études minutieuses ont montré que la température ne jouait qu'un rôle limité jusqu'à 42° C ; à partir de 42° C, toutefois, on observe une détérioration sérieuse et relativement rapide du vaccin. Dans le cas du vaccin conservé soit à 2-4° C jusqu'à deux mois et demi après sa préparation, soit à 20° C pendant un mois, aucune réduction importante de l'allergie tuberculinique n'a été constatée huit à dix semaines ou un à deux ans après la vaccination. En modifiant la quantité de vaccin injectée (de la moitié au double de la dose usuelle) ou la profondeur de l'injection (depuis l'injection très superficielle jusqu'à l'injection presque souscutanée) on n'affecte pas sensiblement la réponse allergique.

En revanche, on s'est aperçu que l'exposition, même courte, du vaccin à la lumière solaire a un effet extrêmement préjudiciable sur le BCG. En Egypte, des ampoules de vaccin exposées directement au soleil pendant 5 minutes au mois de décembre ont perdu 99 % de leurs germes vivants. Une réduction sensible du nombre des microorganismes viables a également été observée en décembre à Copenhague après exposition indirecte du vaccin pendant 15 minutes à la lumière du jour : après 60 minutes d'exposition, le nombre des bacilles vivants était descendu à 0,5 % de ce qu'il était avant. Il semble que même la lumière d'hiver filtrée par des fenêtres à double vitre ait une action préjudiciable sur le BCG. L'effet de la lumière sur les réactions postvaccinales et sur la dimension des lésions est également frappant. En Egypte, la réaction de Mantoux pratiquée avec un vaccin qui avait été exposé pendant 30 minutes à la lumière solaire de décembre a provoqué une induration dont le diamètre moyen était de 8,6 mm seulement, alors qu'il atteignait 20,5 mm avec le même vaccin conservé dans l'obscurité.

Certes, nul n'ignorait que la lumière était susceptible d'affecter le BCG et qu'il fallait éviter une exposition excessive, mais on était loin de se douter que ce phénomène pouvait avoir une telle importance. A la suite de ces constatations, on a déjà entrepris de modifier les méthodes appliquées en laboratoire pour la préparation et la manipulation du vaccin. De même, on veille désormais à ne pas exposer le vaccin au jour pendant les campagnes de vaccination.

Une autre constatation importante est que la répartition des réactions tuberculiniques naturelles varie considérablement selon les régions du monde. La répartition des réactions au test de Mantoux suivant leurs dimensions a fait ressortir deux catégories de sujets lors d'épreuves pratiquées en Scandinavie sur des populations non vaccinées : ceux qui présentent une réaction nulle ou presque nulle et ceux dont la réaction est nette ou forte. Il n'en va pas de même dans l'Equateur, en Egypte et dans l'Inde. On retrouve bien dans ces pays un groupe de sujets qui réagissent fortement, mais les autres, au lieu d'être entièrement négatifs, manifestent une faible sensibilité à la tuberculine. Des faits de plus en plus nombreux donnent à penser que cette faible sensibilité serait due à un agent — non encore identifié — autre que le bacille de la tuberculose humaine ou bovine.

Pour vérifier cette hypothèse, qui sera peut-être appelée à avoir de grands retentissements, de nombreuses recherches seront encore nécessaires. A cet égard, le choix des sujets à vacciner est très important. Dans les pays où la répartition des réactions à l'épreuve tuberculinique est analogue à celle qui est observée en Scandinavie, les personnes qui ne présentent pas de réaction peuvent être regardées comme non infectées et peuvent donc être vaccinées. En revanche, dans les régions où il existe des groupes de sujets manifestant une faible sensibilité tuberculinique, il est difficile de savoir si ceux-ci doivent ou non être vaccinés.

Il s'agit là d'une question embarrassante qui revêt une grande importance pratique pour les campagnes BCG actuellement exécutées par l'OMS et le FISE. La règle actuellement suivie est de considérer comme négatives et, par conséquent, comme justiciables de la vaccination, les personnes dont les réactions au Mantoux à 5 UT sont inférieures à 5 mm. C'est ainsi que, dans l'Equateur, les 55 % seulement du groupe ayant manifesté une faible allergie ont été vaccinés, les 45 % restants n'étant pas soumis à la vaccination. Il faut donc, de toute évidence, étudier avec soin l'épreuve tuberculinique dans chacun des pays où sont exécutées des campagnes BCG de masse afin de déterminer la répartition des réactions et les critères qu'il convient d'appliquer.

CHAPITRE 3

RENFORCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ NATIONAUX

L'activité déployée en matière d'administration générale de la santé publique s'est considérablement développée en 1952. L'OMS a aidé 22 gouvernements à organiser leurs services de santé publique en effectuant des enquêtes sanitaires, en contribuant à la création de centres sanitaires ruraux, à l'élaboration des plans et à l'établissement de zones de démonstrations sanitaires, ainsi qu'en donnant des avis d'ordre général sur les services sanitaires nationaux et locaux. Chaque fois qu'il y avait lieu de le faire, l'OMS a collaboré avec l'Organisation des Nations Unies et d'autres institutions spécialisées.

Des progrès satisfaisants ont été enregistrés dans la zone de démonstrations sanitaires du Salvador et ont suscité un vif intérêt parmi la population. En 1952, l'OMS a prêté son concours pour l'exécution d'un projet analogue à Soissons (France).

L'Organisation a également collaboré à de nombreuses enquêtes entreprises par l'Organisation des Nations Unies ou des institutions spécialisées. Elle a participé aux missions économiques envoyées à Ceylan et en Irak par la Banque internationale pour la Reconstruction et le Développement, ainsi qu'aux missions qui se sont rendues en Libye et en Somalie pour le compte de l'Administration de l'Assistance technique des Nations Unies (voir le Rapport annuel de 1951, page 12). Un expert de la santé publique a fait partie de chacune des missions d'enquête sur l'organisation et le développement des collectivités, que l'Organisation des Nations Unies a envoyées dans la région des Antilles, en Asie, en Océanie, en Israël et dans les pays arabes.

Un membre du personnel de l'OMS a également été chargé de prendre part à la mission de service social que l'Organisation des Nations Unies a envoyée en Birmanie.

L'OMS a participé à l'établissement d'un rapport relatif à l'enquête sur l'administration et la gestion des services de santé cingalais, enquête qui a été conduite par deux experts recrutés à cet effet par l'Administration de l'Assistance technique des Nations Unies. Elle a, d'autre part, collaboré avec l'Organisation des Nations Unies, l'OIT, la FAO et l'UNESCO à une enquête menée en commun sur les conditions de vie des Indiens des Andes.

Conformément à la résolution EB10.R28 du Conseil Exécutif, qui prévoyait l'élargissement du Tableau d'experts de l'Administration de la Santé publique, 25 nouveaux experts ont été inscrits à ce tableau, de telle sorte que leur nombre s'élève maintenant à 58.

Le premier rapport du Comité d'experts de l'Administration de la Santé publique, qui s'est réuni en décembre 1951, a été publié et distribué.[1] Il donne un aperçu général des problèmes de l'administration de la santé publique, notamment des fonctions des administrations sanitaires gouvernementales aux divers échelons, de la formation professionnelle et de la protection du personnel sanitaire, de la coordination et de l'élaboration des programmes sanitaires à long terme pour l'ensemble du pays. Le rapport insiste particulièrement sur l'importance qu'il y a à intéresser la population au travail sanitaire et à l'y faire participer activement, en même temps que sur la nécessité de rendre plus attrayante une carrière dans les services de santé publique. Ce document décrit également des expériences faites par les services de santé publique de pays représentés au comité. L'extrême diversité des conditions qui règnent dans les pays intéressés doit contribuer à faire de ce rapport une précieuse source de renseignements pour les Etats Membres de l'Organisation.

L'OMS, par l'entremise du médecin-chef qu'elle a nommé à l'Office de Secours et de Travaux des Nations Unies, a continué à diriger les services de soins médicaux et de protection sanitaire établis en faveur des réfugiés de Palestine. D'autre part, afin d'aider l'Agence des Nations Unies pour le Relèvement de la Corée à établir un programme sanitaire de longue haleine, elle a envoyé une équipe d'experts de l'administration de la santé publique visiter la Corée en août, septembre et octobre. (Pour plus de détails, voir le chapitre 19.)

L'OMS a par ailleurs aidé la Division des Renseignements provenant des Territoires non autonomes (Organisation des Nations Unies) à rédiger le rapport du Secrétaire général sur l'action sanitaire dans ces territoires. Elle a également réuni pour le Conseil de Tutelle des données sur les problèmes sanitaires relatifs à la conservation et à la mise en valeur des terres dans les territoires sous tutelle des Nations Unies.

Quatre nouveaux conseillers régionaux pour la santé publique ont été nommés durant l'année dans la Région de l'Asie du Sud-Est.

---

[1] *Org. mond. Santé: Sér. Rapp. techn.* 1952, **55**

En matière de renforcement et d'organisation des services de santé publique nationaux, l'activité de l'OMS s'est principalement exercée en 1952 dans les domaines suivants : assainissement, soins infirmiers, hygiène de la maternité et de l'enfance, santé mentale, hygiène sociale et médecine du travail, nutrition, et éducation sanitaire de la population. On trouvera ci-après des renseignements détaillés à ce sujet.

Assainissement

Etant donné l'importance croissante de l'assainissement dans le programme sanitaire de l'OMS, il a été créé, au début de 1952, une Division de l'Assainissement. Pendant l'année on a procédé à l'organisation de cette division et au recrutement du personnel nécessaire. Pour des raisons d'ordre financier, le programme a dû être limité aux activités les plus importantes ; il comprenait néanmoins des services consultatifs pour l'assainissement urbain et rural ; l'hygiène du lait et des denrées alimentaires ; la lutte contre les insectes, les rongeurs et autres vecteurs ; le logement et l'urbanisme ; l'hygiène professionnelle dans ses rapports avec l'assainissement ; ainsi que l'enseignement et la formation technique dans ce domaine.

Dans les Régions, les conseillers ont abordé tous ces aspects du problème en s'efforçant surtout de contribuer à l'amélioration de l'assainissement dans les collectivités rurales ou peu nombreuses où elle fait grandement besoin ; cette dernière question sera examinée au cours de la troisième session du Comité d'experts de l'Assainissement en 1953. Le personnel opérant sur place a travaillé à l'exécution de deux types de projets d'assainissement : ceux qui visent principalement à remédier à l'insalubrité et ceux dans lesquels l'assainissement ne constitue qu'un aspect de la campagne contre une maladie déterminée. Dans le premier cas, outre les conseillers pour l'assainissement attachés à quatre des bureaux régionaux, on a envoyé des conseillers en hygiène générale en Turquie, aux Seychelles, dans l'Angola et au Salvador, tandis que le personnel de l'OMS organisait en Afghanistan et au Libéria la formation technique dans le domaine de l'assainissement. Pour les projets de la deuxième catégorie, on a affecté des ingénieurs sanitaires ou des hygiénistes à des services de lutte antipaludique dans les pays suivants : Arabie Saoudite, Birmanie, Cambodge, Chine (Taïwan), Colombie, Inde, Indonésie, Irak, Iran, Libéria et Viet-Nam ; on a procédé de même pour un projet de lutte contre le choléra au Pakistan et des projets de lutte contre la bilharziose, en Syrie et aux Philippines.

Plusieurs institutions internationales — en particulier le FISE, la FAO, l'OMS — ont fait nettement ressortir la relation qui existe entre l'état sanitaire des enfants, d'une part, et la distribution de quantités suffisantes de lait de bonne qualité, d'autre part. En raison de la nécessité d'accroître d'urgence les approvisionnements en lait et de construire à cet effet des ateliers de traitement du lait, il a fallu, dans certains cas, distribuer cet aliment sans qu'il ait été pourvu au préalable à des mesures appropriées de contrôle sanitaire. Afin de donner aux gouvernements des indications sur les méthodes rationnelles et pratiques permettant d'obtenir un lait de bonne qualité, on a préparé une monographie sur la pasteurisation du lait. Cette monographie, qui était sous presse à la fin de 1952, constitue la première étape d'un programme d'ensemble tendant à l'amélioration et au contrôle de la qualité du lait. Vers la fin de l'année, l'OMS, la FAO et le FISE ont organisé, à l'échelon du secrétariat, un comité mixte pour le contrôle de la qualité du lait ; ce comité a été chargé d'établir un plan de collaboration à long terme et de prendre les dispositions voulues pour que l'on utilise au mieux les renseignements disponibles sur la technique de production, de traitement et de distribution du lait. D'autres activités en rapport avec la distribution du lait sont décrites sous la rubrique Nutrition (voir ci-dessous).

Quant à la lutte contre les insectes, la résistance aux insecticides à effet rémanent que les mouches ont acquise a soulevé un grave problème en maintes régions du monde où l'on comptait sur les agents chimiques de destruction. Afin de coordonner les résultats des enquêtes menées sur ce point par des chercheurs des pays méditerranéens, un expert-conseil en biologie a été nommé en novembre pour une période de trois mois. Dans son rapport, il tracera un plan tendant à réduire la fréquence des maladies transmises par les mouches et indiquera dans quel sens il conviendrait de poursuivre les études et les recherches sur l'écologie de ces insectes.

Les débats qui se sont institués à la Quatrième Assemblée Mondiale de la Santé et à la huitième session du Conseil Exécutif ont reflété l'inquiétude ressentie en de nombreuses parties du monde quant au risque de toxicité que présentent pour l'homme certains parasiticides, si bien que le Directeur général a été invité à entreprendre une étude de ce problème. Au cours de voyages aux Etats-Unis d'Amérique et dans quelques pays d'Europe, un expert-conseil a pu compléter auprès de divers experts les informations déjà réunies et, avec le concours de personnalités inscrites au Tableau d'experts des Insecticides, il a établi un rapport exprimant des opinions mondiales sur cette question. Ce rapport, après avoir été examiné par les services compétents du BIT, de la FAO et par des experts de nombreuses parties du monde, faisait l'objet, à la fin de l'année, d'une dernière revision en vue de sa publication.

Depuis quelque temps, les dangers que fait courir à la santé l'extension des communications aériennes internationales suscitent certaines appréhensions et la Quatrième Assemblée Mondiale de la Santé a ordonné (résolution WHA4.82) que soient établies, en collaboration avec l'Organisation de l'Aviation Civile Internationale, des normes de salubrité appropriées pour les aéroports. Conformément à la résolution qui en a été le corollaire (EB9.R49), résolution adoptée par le Conseil Exécutif à sa neuvième session, on a entrepris, avec le concours de l'OACI, l'élaboration d'un mémoire sur les normes relatives à l'hygiène et à la salubrité des aéroports internationaux. Un expert-conseil a été nommé en septembre pour une période de deux mois afin de collaborer à la rédaction d'un projet.

De même qu'en 1951, on a consacré beaucoup de temps à la coordination des résultats obtenus par les personnalités inscrites au Tableau d'experts de l'Assainissement touchant les normes des insecticides et des pulvérisateurs, la désinsectisation des aéronefs, le comportement des moustiques à bord des navires (suivant les recommandations de la deuxième session du Comité d'experts des Insecticides [2]) et la toxicité des insecticides pour l'homme. L'OMS s'est trouvée ainsi en mesure de donner aux Etats Membres des avis et des renseignements autorisés sur ces questions.

L'évaluation des programmes dont la réalisation se poursuit dans les divers pays dans le cadre des plans à long terme a retenu particulièrement l'attention. A cet égard, un membre du personnel du Siège s'est rendu en Amérique centrale pour étudier, avec le personnel technique de la zone visitée, l'état d'avancement du programme de lutte contre les insectes, dont la réalisation se poursuit depuis trois ans.

En plusieurs parties du monde — Amérique latine, Afrique, Asie du Sud-Est — un des problèmes les plus graves que les gouvernements aient à résoudre est celui du logement et de l'amélioration de l'habitat. Le surpeuplement généralisé, le nombre élevé d'habitations médiocres ou même rudimentaires, le rapport étroit existant entre le logement, la résistance aux maladies et la santé, donnent à ce problème un caractère d'extrême urgence. L'OMS a été représentée par des membres du personnel du Siège à deux réunions sur le logement : l'une, convoquée par le Sous-Comité de l'Habitat de la CEE a eu lieu à Genève ; l'autre, organisée par la Commission de Coopération technique en Afrique au Sud du Sahara (CCTA), à Prétoria. Au cours de ces réunions, l'OMS a appelé l'attention sur les avis techniques par lesquels les institutions sanitaires peuvent contribuer à la solution de ce problème.

L'expérience a prouvé que l'un des meilleurs moyens d'intéresser les ingénieurs sanitaires à l'assainissement et de répandre les connaissances en ce domaine, consiste à organiser des colloques. Avec la collaboration du Gouvernement du Royaume-Uni a été organisé à Londres, en octobre, le troisième colloque européen (les deux premiers avaient eu lieu à La Haye en 1950 et à Rome en 1951). Ces colloques ont déjà exercé une influence en Europe. C'est à leurs travaux que l'on doit notamment les mesures prises en vue d'établir un étalon international d'eau potable et des méthodes-types internationales pour l'analyse de l'eau. Afin d'aider le groupe européen, afin d'assurer la liaison avec le groupe américain et d'orienter l'OMS dans ce domaine, un expert-conseil a été engagé en octobre. Cet expert a déposé son rapport avant la fin de l'année.

Les colloques européens ont suscité des réunions analogues dans d'autres Régions, notamment dans la Région des Amériques, à Managua, où s'est tenu, en novembre, avec la collaboration du Gouvernement du Nicaragua, un colloque auquel ont assisté d'éminents ingénieurs sanitaires venus des pays d'Amérique centrale. D'autre part, des préparatifs ont été faits pour organiser, dans la Région de la Méditerranée orientale, une réunion analogue.

Pendant toute l'année, l'OMS a entretenu d'étroites relations de travail avec l'Organisation des Nations Unies et les institutions spécialisées sur la question de l'assainissement. On a vu qu'elle a collaboré avec l'OIT, la FAO, le FISE et la CEE, dans les domaines de l'habitat, des insecticides et de la pasteurisation du lait. En février, l'OMS a été représentée à la Commission consultative de l'OIT pour les Employés et les Travailleurs intellectuels, qui s'est réunie à Genève en vue d'examiner la question de l'hygiène dans les ateliers et sur le lieu de travail. L'OMS s'est fait également représenter au Groupe de travail des insecticides DDT et HCH, que l'Organisation des Nations Unies a convoqué à Genève. Ce groupe a été saisi d'un exposé analytique des renseignements recueillis auprès des Etats Membres, sur les quantités de DDT et de HCH qu'ils ont consommées en 1951 et celles dont ils pensaient avoir besoin en 1952 pour l'exécution de leurs programmes nationaux de santé publique, ainsi que sur les difficultés d'approvisionnement qu'ils ont rencontrées en 1951.

L'opinion insiste vivement, en diverses parties du monde, pour que les terres arides soient amendées et rendues cultivables, ce qui permettrait d'accroître la quantité des produits alimentaires et de fournir de l'espace vital à des populations trop denses. C'est pourquoi l'UNESCO a encouragé les recherches en vue de l'exploitation rationnelle des terres arides. L'OMS a été représentée aux troisième et quatrième sessions du Comité consultatif de la Recherche sur la Zone aride, qui se sont tenues, l'une à Ankara et l'autre à Londres. Elle a également aidé l'UNESCO à élaborer un manuel des connaissances nécessaires pour la mise en valeur des terres arides, manuel qui comprend une importante section sur la santé publique.

[2] *Org. mond. Santé: Sér. Rapp. techn.* 1951, **34**, 10

Au mois d'août, en réponse à une demande du FISE, l'OMS a mis au point des suggestions détaillées relatives à des travaux d'assainissement dans le cadre d'un programme d'hygiène de la maternité et de l'enfance ; elle a également donné des estimations relatives aux fournitures qu'exigerait la réalisation de tels projets. Elle a souligné l'étroite relation qui existe entre la salubrité publique et la santé des nourrissons et des enfants et appelé particulièrement l'attention sur deux facteurs primordiaux de l'assainissement, l'approvisionnement en eau et l'évacuation des déchets. Au cours de sa session d'octobre à New-York, le Conseil d'administration du FISE a examiné ces suggestions et décidé de soumettre l'ensemble de la question au Comité mixte FISE/OMS des Directives sanitaires.

Soins infirmiers

Lors de la création du Comité d'experts des Soins infirmiers, la Deuxième Assemblée Mondiale de la Santé a reconnu le rôle essentiel du personnel infirmier dans la protection de la santé publique et l'urgente nécessité d'établir des services infirmiers dans tous les pays. Ces constatations sont valables pour les services infirmiers de toutes catégories, du simple service de village aux activités de caractère plus complexe, qui comprennent l'enseignement et l'administration dans les hôpitaux et dans les collectivités.

Lors de sa première session, en février 1950, le Comité d'experts des Soins infirmiers s'est demandé si les fonctions traditionnelles du personnel infirmier répondaient bien aux besoins actuels. Il a recommandé à l'Organisation Mondiale de la Santé d'étudier comment ce personnel pourrait faire face à ces divers besoins en participant à l'éducation sanitaire de la population, en appliquant des mesures de prophylaxie, en donnant des soins aux malades et en intervenant encore d'autre manière.

Conformément à ces recommandations, l'Organisation s'est surtout efforcée d'aider les pays à étudier les problèmes qui se posent à eux dans le domaine des services infirmiers et à préparer le développement rationnel de ces services, en tenant compte des conditions locales. Un guide pour les études nationales sur les besoins en services infirmiers et les ressources en personnel (Guide for national Studies of Nursing Needs and Resources), préparé en 1951, a été introduit à titre d'essai dans deux pays au cours de 1952, puis remanié à la lumière de l'expérience acquise ; il sera édité en 1953 sous forme de supplément au *Bulletin*.

L'enquête sur le rôle des infirmières visiteuses et des assistantes sociales en Angleterre et en France a commencé en 1951 (voir Rapport annuel de 1951) ; elle s'est poursuivie en 1952 sous la direction d'un expert-conseil de l'OMS et continuera en 1953.

Durant ces trois dernières années, l'OMS a mis au premier rang de ses préoccupations l'assistance aux pays en vue de renforcer et d'agrandir les écoles d'infirmières qui forment des cadres de monitrices et d'inspectrices du personnel auxiliaire. Cette assistance a pris encore plus d'importance en 1952 et demeurera nécessaire pour de nombreux pays au cours des prochaines années.

Dix-sept projets relatifs aux soins infirmiers, qui avaient été commencés en 1950 et 1951, ont été poursuivis en 1952 ; 22 programmes nouveaux ont été entrepris et l'application de 12 autres est envisagée pour 1953. Dans l'ensemble, 97 infirmières ont été envoyées en mission. L'OMS a donné des avis consultatifs et contribué à étendre la portée de divers programmes nationaux de soins infirmiers, de manière à y faire figurer l'éducation sanitaire de la population en même temps que l'organisation des soins infirmiers dans les établissements hospitaliers et à domicile. La préparation de l'infirmière à ses fonctions de monitrice et de surveillante du personnel auxiliaire est un élément nouveau et important de ces programmes ; cette préparation a été assurée aussi bien dans des centres sanitaires que dans des hôpitaux. Une assistance en matière de soins infirmiers comme en hygiène maternelle et infantile a été accordée à des écoles de sages-femmes ; et lorsque les conditions locales l'exigeaient, l'obstétrique a été comprise dans l'enseignement donné aux infirmières. Pour instruire des monitrices de soins infirmiers et d'obstétrique, l'OMS a créé des cours de formation professionnelle accélérée, comme complément de l'enseignement organisé dans les écoles, et elle a également accordé des bourses d'études.

Bien des gouvernements se sont préoccupés de recruter du personnel infirmier suffisamment nombreux pour développer leurs services d'hygiène de la maternité et de l'enfance, notamment dans les circonscriptions rurales ; ils envisagent de créer ou d'équiper, avec l'assistance du FISE, un plus grand nombre de centres sanitaires et d'étendre l'activité des services sanitaires dans les campagnes.

L'OMS collabore avec les organismes des Nations Unies, notamment avec le FISE et plusieurs institutions spécialisées, à l'étude sur le personnel auxiliaire que le groupe de travail technique, créé par le Comité administratif de Coordination pour examiner les plans d'action à long terme en faveur de l'enfance, avait recommandé d'entreprendre. La contribution de l'OMS à cette étude a principalement porté sur le personnel auxiliaire chargé des soins infirmiers et des soins d'accouchement. En outre, l'OMS a aidé à la formation du personnel infirmier auxiliaire qui participera, dans les pays, à l'exécution de projets desti-

nés à développer la protection maternelle et infantile et à combattre la tuberculose et les maladies vénériennes. Des sages-femmes et des infirmières de santé publique faisant partie du personnel international ont travaillé avec leurs collègues des pays assistés en vue de former du personnel moins spécialisé. Le projet exécuté à Lahore et qui comporte l'enseignement jumelé des soins infirmiers et des soins d'hygiène maternelle et infantile fournit un exemple de ce genre d'activité : le centre sanitaire de démonstration a pourvu à la formation professionnelle et à la surveillance de sages-femmes et préparé des infirmières visiteuses.

On estime que les neuf dixièmes des écoles d'infirmières du monde entier sont des « hôpitaux-écoles » dans lesquelles les élèves assurent la plus grande partie des services infirmiers de l'établissement. Bien que cette sorte d'école ne soit pas sans présenter un risque d'exploitation, qui a souvent fait obstacle à la formation professionnelle de l'infirmière, elle offre toutefois des possibilités exceptionnellement favorables pour l'enseignement pratique. Une conférence sur l'enseignement infirmier, réunie à Genève au mois de mars sur l'initiative de l'OMS, a groupé des directeurs d'écoles d'infirmières de dix pays ; les participants, qui bénéficiaient du concours d'un spécialiste des questions sociales, d'un administrateur d'hôpital et d'un expert de l'enseignement, ont élaboré un programme d'enseignement infirmier fondé sur l'étude du « cas concret » à l'hôpital et à domicile. Cette conférence a examiné les mesures que devrait comporter l'introduction d'une méthode d'enseignement reposant sur les besoins du malade considéré dans l'intégralité de sa personne : besoins physiques, mentaux et sociaux. Le rapport de la conférence a été publié par l'OMS [3] et communiqué aux gouvernements, aux écoles et aux organisations d'infirmières.

Des conférences qui ont eu lieu en 1952 en Amérique du Sud et dans la Région du Pacifique occidental ont permis de faire connaître les fonctions dévolues aux services infirmiers dans la lutte contre les maladies transmissibles, ainsi que le mode de préparation et d'utilisation de matériel d'enseignement.

Le Conseil international des Infirmières, auquel l'OMS a alloué une subvention, a fait une étude de portée internationale sur les institutions existantes pour la formation d'infirmières-monitrices ; cette étude pourra être distribuée en 1953.

Le manque d'infirmières demeure un obstacle grave au succès des programmes de santé publique : bien que l'OMS se soit efforcée d'aider les gouvernements à remédier à cette situation, ce n'est évidemment pas là un problème susceptible d'être résolu en quelques années. Il est néanmoins réconfortant d'apprendre que l'assistance internationale contribue à augmenter le nombre des infirmières et à améliorer leurs aptitudes professionnelles dans de nombreux pays où le besoin de personnel se fait vivement sentir, et que ces infirmières serviront, à leur tour, à former et à utiliser des auxiliaires.

Hygiène de la maternité et de l'enfance

En 1952, l'activité de l'OMS a continué de se développer dans le domaine de la protection maternelle et infantile. Un conseiller specialisé dans ces questions est actuellement attaché à chaque bureau régional, sauf à celui d'Afrique.

En 1951, l'OMS et le FISE avaient aidé de nombreux gouvernements à constituer leurs services d'hygiène de la maternité et de l'enfance au moyen de projets de démonstrations et de formation professionnelle ; l'exécution de ces projets s'est poursuivie durant toute l'année 1952 et un certain nombre d'autres gouvernements ont demandé à bénéficier d'une assistance analogue. Des centres mixtes OMS/FISE de démonstration et de formation professionnelle ont été créés dans huit nouveaux pays ; tous ces centres ont prêté une attention particulière à la formation professionnelle.

Dans plusieurs pays, les gouvernements ont éprouvé des difficultés à recruter et à conserver un personnel local capable de seconder l'équipe internationale de l'OMS. Dans d'autres Etats où un centre de démonstration et de formation professionnelle bien établi constitue un réservoir de personnel spécialisé, les gouvernements ont pu, avec l'aide du FISE, développer leurs services de protection maternelle et infantile sur une plus grande étendue de leur territoire.

De concert avec le FISE ou dans le cadre du programme d'assistance technique, l'OMS a, en 1952, aidé divers gouvernements en collaborant à 40 projets relatifs à la protection maternelle et infantile. Quinze de ces projets intéressaient l'Europe ; dans cette Région, des projets spéciaux, exécutés en commun par l'OMS et le FISE, ont permis à trois pays de développer leurs programmes de soins aux enfants prématurés, et à cinq autres d'améliorer leurs services de réadaptation des enfants physiquement diminués.

L'OMS a envoyé un expert-conseil à court terme au Liban et un autre au Japon, avec mission de donner aux gouvernements de ces pays des conseils en matière de programmes coordonnés pour la réadaptation des enfants physiquement diminués. L'Organisation des Nations Unies, certaines institutions spécialisées, l'Union internationale de Protection de l'Enfance et la Société internationale pour la Protection des Invalides ont contribué utilement

[3] *Org. mond. Santé: Sér. Rapp. techn.* 1952, **60**

à l'instruction des experts-conseils ; elles ont ensuite participé aux discussions sur les constatations et les recommandations de ces experts.

L'Organisation des Nations Unies et l'OMS ont organisé en commun une réunion d'experts pour étudier les problèmes de santé mentale que pose l'adoption. A la demande de l'Organisation des Nations Unies, l'OMS a chargé un expert-conseil à court terme de rédiger un document de travail pour cette réunion et de collaborer à la préparation du rapport qui constituera une contribution spéciale des Nations Unies à l'étude de la protection de l'enfance privée d'un foyer normal ; on espère également que ce rapport pourra servir de guide aux pays désireux d'établir une législation sur l'adoption ou de modifier celle qu'ils possèdent. L'OMS a également participé à une conférence d'experts qui, à la demande des Nations Unies, a été convoquée à Genève par l'Union internationale de Protection de l'Enfance, pour étudier les problèmes de l'adoption.

Le rapport du Comité d'experts de la Maternité et celui du Comité mixte d'experts de l'Enfance physiquement diminuée — réuni par l'OMS, avec la participation des Nations Unies, de l'OIT et de l'UNESCO [4] — ont été publiés en 1952.

L'OMS est demeurée en étroite liaison avec les Nations Unies et les institutions spécialisées qui s'occupent du bien-être de l'enfance. Elle a été représentée au sein du Groupe de travail technique pour une action à long terme en faveur de l'enfance, créé pour coordonner les activités dans ce domaine et où ont été abordées des questions telles que l'hygiène alimentaire de l'enfant, la formation du personnel auxiliaire, le recensement, dans trois pays, de tous les services qui s'occupent de l'enfance.

L'OMS a continué de collaborer avec l'OIT sur les questions d'intérêt commun : protection de la maternité, travail des enfants, formation professionnelle et placement des jeunes gens physiquement diminués.

Depuis longtemps, l'OMS était représentée par un fonctionnaire du Siège au Comité consultatif technique du Centre international de l'Enfance à Paris ; cette représentation a été renforcée par la nomination, auprès de ce comité, d'un fonctionnaire du Bureau régional de l'Europe.

Une étude a été entreprise sous les auspices communs de l'OMS et de l'Association internationale de Pédiatrie pour déterminer dans quelle mesure les étudiants en médecine et les médecins reçoivent une formation de pédiatrie. Un expert-conseil de l'OMS a été chargé du travail préparatoire. L'enquête a débuté en Europe au cours de l'année universitaire 1952/1953. Il faut espérer qu'elle se poursuivra et s'étendra à d'autres régions du monde.

Santé mentale

L'OMS a continué à donner à certains gouvernements des avis consultatifs en matière de santé mentale et des experts-conseils à court terme se sont rendus dans six pays en 1952.

Comme il est difficile, ainsi que le signalait le Rapport annuel de 1951, d'obtenir pour de longues périodes les services de spécialistes hautement compétents de la santé mentale, l'OMS a prévu dans ses programmes futurs l'engagement d'experts-conseils à court terme, en même temps que l'attribution de bourses d'études de longue durée pour permettre à des ressortissants des pays intéressés de recevoir la formation nécessaire. Un gouvernement a accepté d'affecter à l'OMS pendant 2 mois par an un haut fonctionnaire de ses services d'hygiène mentale. L'OMS envoie cet expert-conseil dans la même Région chaque année, ce qui lui permet de réaliser dans une certaine mesure la continuité qu'assureraient des nominations de plus longue durée et aussi de disposer d'avis consultatifs de haute qualité. Le succès de cette expérience donne lieu d'espérer qu'elle pourrait être tentée avec profit dans d'autres Régions.

Les activités inter-pays en matière de santé mentale se sont considérablement développées durant l'année. En collaboration avec l'OMS, le Gouvernement norvégien a organisé, à l'intention de membres des services de guidance infantile des pays scandinaves, un colloque sur la psychiatrie infantile. L'OMS a, d'autre part, aidé la Fédération mondiale pour la Santé mentale à réunir, à l'intention de ses propres boursiers, un colloque sur la santé mentale et le développement du jeune enfant. Par ailleurs, elle a collaboré à trois colloques organisés par les Nations Unies sur l'assistance sociale aux cas individuels en fournissant des conférenciers — experts-conseils en santé mentale — et en attribuant des bourses d'études destinées à couvrir les frais de participation. Elle a entamé des préparatifs en vue de la réunion, en 1953, de plusieurs colloques sur la santé mentale, dont un colloque en Amérique du Sud sur l'alcoolisme, un colloque en Europe sur les facteurs d'hygiène mentale intéressant la santé publique, un colloque dans la Région du Pacifique occidental sur les facteurs d'hygiène mentale intéressant la pédiatrie et un colloque dans la Région de la Méditerranée orientale sur la psychiatrie clinique et sociale.

En 1952 se sont tenues deux réunions d'experts : la troisième session du Comité d'experts de la Santé

[4] *Org. mond. Santé: Sér. Rapp. techn.* 1952, **51** et **58**

mentale, qui a été consacrée à une étude du rôle et de l'organisation de l'hôpital psychiatrique public, et la réunion d'experts déjà mentionnée, tenue en collaboration avec l'Organisation des Nations Unies, sur les problèmes de santé mentale que pose l'adoption. Cette dernière réunion a été convoquée en vue de l'étude des renseignements publiés dans la monographie de l'OMS intitulée *Soins maternels et santé mentale*,[5] sur laquelle le Rapport annuel de 1951 a donné des précisions. Cette monographie, qui a été rééditée en anglais, continue à susciter beaucoup d'intérêt. Des maisons d'édition entreprennent actuellement sa publication en danois et des pourparlers sont en cours en vue de la faire paraître en allemand, en italien, en espagnol et en suédois. L'auteur de la monographie a produit un film sonore intitulé « Un enfant de deux ans à l'hôpital », pour aider l'OMS à initier les pédiatres, les infirmières d'enfants et d'autres catégories de personnel des services de protection infantile aux diverses questions qui se posent dans ce domaine. Ces personnes pourront également recourir à ce film dans leur enseignement.

Les autres rapports publiés en 1952 relativement à la santé mentale comprennent : le deuxième rapport du Sous-Comité de l'Alcoolisme du Comité d'experts de la Santé mentale, publié par l'OMS ; [6] le rapport sur la réunion mixte OMS/UNESCO d'experts sur l'hygiène mentale à l'école maternelle, publié par l'UNESCO, et le rapport d'un expert-conseil de l'OMS sur « La réadaptation en psychiatrie », dont une maison d'édition a accepté d'assurer la publication. L'OMS a également entrepris une récapitulation des textes législatifs touchant les soins psychiatriques et de la documentation relative aux troubles psychiatriques chez les Africains.

En exécution des recommandations formulées au cours de la première session du Sous-Comité de l'Alcoolisme, l'OMS, indépendamment de l'organisation du colloque sur l'alcoolisme mentionné ci-dessus, s'est entremise pour assurer la distribution d'exemplaires des *Abstract Archives of Alcohol Literature* (publié par l'Université Yale) à des bibliothèques de certains pays dans lesquels l'alcoolisme revêt une gravité particulière. Elle a commencé en outre à préparer une bibliographie sur l'alcoolisme et a encouragé la formation d'une association internationale des experts de l'alcoolisme.

L'OMS a continué à collaborer étroitement avec la Fédération mondiale pour la Santé mentale qui, à sa demande, a réuni au cours de l'année des renseignements sur diverses questions. Elle a notamment rédigé un rapport sur les associations nationales de parents d'enfants mentalement déficients, ainsi qu'un rapport supplémentaire sur les problèmes d'hygiène mentale intéressant les étudiants, un rapport sur les services de guidance infantile et les possibilités de formation professionnelle dans divers pays, et un rapport sur les aspects psychiatriques de la santé publique en général. La Fédération prépare la publication d'un rapport sur le colloque qu'elle a organisé en 1952 avec beaucoup de succès à l'intention de boursiers de l'OMS. Ce rapport contiendra de nombreuses informations qui seront très utiles pour l'organisation d'un colloque analogue en Amérique du Sud en 1954.

Hygiène sociale et médecine du travail

En 1952, l'OMS a élargi son champ d'activité en matière de soins médicaux et de médecine du travail. Elle a en effet été saisie de demandes de plus en plus nombreuses de services dans les domaines suivants : aspects sanitaires et médicaux de la réadaptation, maladies chroniques, aspects médicaux de la sécurité sociale, administration hospitalière, répartition du personnel médical, hygiène des gens de mer et services médico-sociaux.

En matière de médecine du travail, l'OMS a continué à collaborer étroitement avec l'OIT. Le Comité mixte OIT/OMS de la Médecine du Travail a tenu, en octobre, une deuxième session, au cours de laquelle il a suggéré diverses mesures pratiques de santé publique en vue d'améliorer la santé des travailleurs dans l'industrie et l'agriculture ; il a dressé les plans de services sanitaires convenant aussi bien aux établissements industriels, petits et grands, qu'aux entreprises agricoles, et il a examiné de quelle façon les employeurs, les travailleurs et les autorités sanitaires pourraient collaborer en vue d'assurer le développement de ces services.

Pour faire face au problème que soulève l'industrialisation de plus en plus poussée de nombreux pays, l'OMS a encouragé l'établissement rapide de services de médecine du travail et leur intégration dans les programmes généraux de santé publique. Elle a patronné un colloque européen sur la médecine du travail, qui s'est tenu à Leyde et au cours duquel ont été étudiés les moyens par lesquels les ministères de la santé, les ministères du travail, les services de sécurité sociale et d'autres organismes pourraient unir leurs efforts en vue de l'amélioration de la santé des travailleurs. Lors de cette réunion, des questions telles que l'examen médical lors du recrutement, la santé mentale, la réadaptation, le problème des vieux travailleurs et l'organisation des services sanitaires de petits établissements industriels ont fait l'objet

[5] Bowlby, J. (1952) *Soins maternels et santé mentale*, Genève (Organisation Mondiale de la Santé, Série de Monographies, N° 2)

[6] *Org. mond. Santé: Sér. Rapp. techn.* 1952, **48**

d'une attention spéciale. L'OMS a, d'autre part, envoyé des conseillers en Egypte, en Finlande, en Iran, en Turquie et en Yougoslavie, afin de renforcer l'organisation générale des services gouvernementaux de médecine du travail. Elle a aidé aussi les gouvernements de l'Inde et de la Malaisie à recruter des professeurs de médecine du travail et fournira des conseils techniques sur des questions médicales à des experts-conseils de l'OIT envoyés en mission dans divers pays.

L'OMS a continué de participer à l'activité du Groupe de travail technique spécial pour la réadaptation des personnes physiquement diminuées, créé par l'Organisation des Nations Unies et ses institutions spécialisées. Ce groupe a préparé un programme international coordonné de réadaptation des personnes physiquement diminuées, dans lequel sont suggérées certaines mesures pratiques à appliquer dans des pays à divers stades de développement économique. En Scandinavie a eu lieu en septembre et en octobre, sous les auspices de l'OMS, de l'Organisation des Nations Unies et de l'OIT, un cours de formation technique auquel ont participé des spécialistes de la réadaptation venus de huit pays européens, et qui a porté principalement sur les divers moyens pratiques par lesquels des organisations médicales, d'orientation professionnelle, d'enseignement et d'assistance sociale peuvent collaborer à la réadaptation des personnes physiquement diminuées. L'OMS a, d'autre part, fourni un expert-conseil à une équipe qui a effectué une enquête dans les pays sud-américains en vue de l'établissement, dans cette région, d'un centre de démonstrations en matière de réadaptation. Elle a aidé l'Inde et Israël à organiser des centres de formation professionnelle pour physiothérapeutes, éléments essentiels de l'équipe spécialisée dans la réadaptation. En outre, l'établissement de centres de réadaptation au Liban, en Yougoslavie et dans d'autres pays était, à la fin de l'année, plus ou moins avancé. L'OMS a abordé également la question de la coordination internationale à instituer en matière de fabrication, de pose et d'emploi des appareils de prothèse.

Des préparatifs ont été faits en vue de la convocation, en 1953, d'un comité d'experts des affections rhumatismales.

L'OMS a collaboré aux colloques régionaux organisés sous l'égide de l'OIT à l'intention des administrateurs des services de sécurité sociale — notamment en Amérique latine — ; elle a donné des conseils d'ordre médical à certains membres des équipes envoyées par l'OIT en Birmanie et en Turquie. Le rapport établi par le groupe d'experts-conseils de l'OMS sur les aspects médicaux de la sécurité sociale et soumis à l'OIT par le Conseil Exécutif a été soigneusement examiné lors de la Conférence internationale du Travail du mois de juin, et il en a été tenu compte dans l'élaboration des nouvelles conventions de l'OIT sur les normes minimums de la sécurité sociale. En exécution de la résolution WHA5.73 de la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé, des dispositions ont été prises pour entreprendre des études sur les relations qui doivent exister entre la santé publique, les soins médicaux et la sécurité sociale.

En matière d'administration des services hospitaliers, l'OMS a commencé une étude limitée sur l'organisation des hôpitaux ruraux dans divers pays, en vue d'établir dans quelle mesure un système hospitalier régional peut assurer des soins médicaux adéquats à des populations rurales isolées et aussi de déterminer à quel point il est utile de doter les districts ruraux de services prophylactiques et thérapeutiques combinés. L'Organisation avait en effet été saisie de demandes de plus en plus nombreuses de conseils à ce sujet par divers Etats Membres désireux de développer leur réseau hospitalier. Un expert-conseil pour l'organisation des services hospitaliers a été envoyé en Egypte ; un cours de formation technique pour secrétaires des hôpitaux (fichiers et relevés) a été organisé au Pérou ; un architecte-conseil pour les hôpitaux a été envoyé au Viet-Nam et un spécialiste s'est rendu à Ceylan pour collaborer à l'établissement d'un service d'approvisionnement en médicaments et autres fournitures médicales pour l'ensemble du pays.

Conformément aux recommandations du Conseil Exécutif, l'OMS a entrepris des études sur la répartition défectueuse du personnel médical et paramédical entre les divers pays et à l'intérieur d'un même pays ; elle a en outre procédé à l'examen de questions telles que les méthodes auxquelles ont recours divers pays pour attirer les médecins dans les régions rurales, les problèmes relatifs à l'exercice de la profession médicale et aux migrations de médecins, ainsi que l'utilisation de personnel auxiliaire pour les services thérapeutiques dans des territoires isolés. D'autre part, les études relatives à l'installation de pharmacies à bord des navires, aux méthodes en usage dans les divers pays pour l'examen médical des gens de mer, etc., ont été poursuivies en prévision de la prochaine session du Comité mixte OIT/OMS de l'Hygiène des Gens de mer. On a également effectué une étude des services sanitaires destinés aux gens de mer dans les principaux ports d'Europe.

L'OMS a collaboré à la formation technique de nombreux groupes d'étudiants, détenteurs de bourses de l'Organisation des Nations Unies, qui ont été envoyés à Genève pour s'initier aux questions d'assistance sociale. Elle a donné des avis techniques pour plusieurs projets des Nations Unies visant à la formation de personnel dans le domaine de l'assistance sociale, notamment ceux qui ont été entrepris en Irak et au Pakistan ; en outre, elle a envoyé en Birmanie un médecin-conseil qui a été chargé de participer à une enquête organisée dans l'ensemble de ce pays sur les services de sécurité sociale.

L'OMS a également prêté son concours pour diverses questions médico-sociales. Elle a donné des

conseils aux autorités de Ceylan et du Liban et elle est sur le point d'envoyer dans ce premier pays un expert-conseil chargé de collaborer à la réorganisation de l'ensemble de ses services de médecine légale. Elle a, d'autre part, donné des avis consultatifs à divers organismes : à la Commission Economique pour l'Europe sur les critères d'ordre physiologique et mental qu'il convient d'appliquer aux conducteurs de véhicules (en liaison avec la prévention des accidents de la circulation routière) et à la Conférence internationale sur l'action sociale.

On se rend pleinement compte des sérieux inconvénients administratifs qu'il y a à organiser des programmes spécialisés de soins médicaux indépendamment des services nationaux de santé publique. Aussi l'OMS s'efforce-t-elle d'encourager les gouvernements avec lesquels elle collabore à faire en sorte que leur action dans les domaines de la médecine du travail, de la réadaptation, du développement des services hospitaliers et en d'autres branches connexes devienne partie intégrante de leur programme général de santé publique.

Nutrition

Les efforts de l'OMS dans ce domaine continuent d'être dirigés essentiellement contre un syndrome, dû à une carence en protéines, qui affecte le plus souvent les nourrissons et les enfants en bas âge. Ce syndrome, déjà décrit dans des rapports annuels antérieurs et connu sous diverses appellations dont la plus répandue est probablement « kwashiorkor » (terme ashanti s'appliquant à la forme que cette maladie revêt en Afrique occidentale), sévit dans la plupart des pays sous-évolués, en même temps que d'autres affections cliniquement similaires. Elle se rencontre rarement, en revanche, dans les pays à niveau de vie élevé.

En collaboration avec la FAO, l'OMS a fait beaucoup pour éveiller dans le monde entier l'intérêt des milieux médicaux à l'égard de ce grave problème de santé publique. La maladie en question n'est pas seulement un important facteur de mortalité et de morbidité chez les nourrissons et les enfants en bas âge, mais elle exerce aussi des répercussions sur la santé de l'adulte. En effet, les enfants atteints d'une forme bénigne ou asymptomatique de cette maladie et non traités risquent de devenir des adultes chétifs et valétudinaires.

La publication du rapport relatif à l'enquête effectuée par l'OMS et la FAO sur le kwashiorkor en Afrique a suscité un vif intérêt.[7] En 1952, des enquêtes analogues menées en Amérique centrale et au Brésil ont révélé que cette maladie était très répandue dans ces pays.

La Commission de Coopération technique en Afrique au sud du Sahara (CCTA) a tenu une conférence en vue d'examiner divers aspects du kwashiorkor. Cette réunion, qui a été patronnée par le British Colonial Office pour les délégués de pays membres de la CCTA, s'est tenue en novembre à Fajara, station de recherche située près de Bathurst, en Gambie. Comme une grande partie des recherches initiales sur cette question ont été effectuées en Afrique, quelques-uns des spécialistes les plus renommés du kwashiorkor ont participé à la réunion. L'OMS et la FAO ont saisi cette occasion pour convoquer des experts d'autres parties du monde afin d'obtenir des avis judicieux sur les méthodes de lutte qu'il convient d'adopter contre le kwashiorkor. Une session du Comité mixte FAO/OMS d'experts de la Nutrition s'est donc tenue à Fajara immédiatement après la conférence ; la FAO et l'OMS ont chacune invité à cette session cinq membres originaires de régions du monde où la maladie est répandue. Ces experts ont pu ainsi s'entretenir avec leurs collègues africains et assister à des démonstrations avant d'échanger leurs propres vues sur le kwashiorkor considéré en tant que problème mondial.

En collaboration avec la FAO et le FISE, l'OMS a mis en œuvre en Afrique-Equatoriale française, au Congo belge et au Ruanda-Urundi, des programmes de prophylaxie comportant l'application de mesures immédiates et à long terme. La première série de ces mesures consiste à importer du lait écrémé en poudre et à encourager les gouvernements à accroître la production locale et les importations de lait. Quant aux mesures à long terme, elles consisteront à produire, à conserver et à distribuer des aliments riches en protéines. Des représentants de la FAO, du FISE et de l'OMS se sont rendus dans les trois territoires en question et ont donné des conseils au sujet des mesures envisagées.

Le béri-béri, autre maladie de carence qui frappe particulièrement les nourrissons, retient également l'attention de la FAO et de l'OMS. Une commission composée d'un technicien, d'un biochimiste, d'un biostatisticien et d'un expert en minoteries a procédé à une étude sur l'enrichissement du riz, question qui a fait l'objet d'une expérience-pilote dans une région des Philippines. La commission a souligné qu'il y aurait le plus haut intérêt à introduire davantage de vitamines B1 dans le régime alimentaire. Mais relevant qu'un tel programme se heurterait encore à des difficultés d'ordre administratif et que, de toute façon, la fréquence du béri-béri était en voie de régression constante aux Philippines, elle a

[7] Brock, J. F. & Autret, M. (1952), *Le kwashiorkor en Afrique*, Genève (Organisation Mondiale de la Santé, Série de Monographies, Nº 8)

exprimé l'avis qu'il n'y avait pas lieu, actuellement, de recommander l'application généralisée de la méthode susmentionnée.

L'OMS s'est toujours préoccupée de l'important problème que pose le goitre endémique. Elle a encouragé et coordonné les recherches visant à déterminer comment des méthodes utilisées avec succès dans les régions évoluées pourraient être appliquées dans les régions insuffisamment développées. L'adjonction d'iode au sel est la plus répandue et la plus efficace des mesures auxquelles on a recouru, mais son application dans les pays où l'on ne dispose que de sel gemme se heurte à un certain nombre de difficultés techniques que l'on est toutefois en train de surmonter. Les renseignements parvenus de différentes parties du monde ont montré que d'importants progrès avaient été réalisés dans ce sens et c'est pourquoi, vers la fin de l'année, l'OMS, après avoir consulté le British Medical Research Council, a convoqué au National Institute for Medical Research, à Londres, une réunion d'experts de ces questions. Au cours de cette réunion, des recommandations ont été formulées quant aux nouvelles recherches à entreprendre et aux moyens à utiliser pour assurer la diffusion aussi rapide que possible des connaissances nouvellement acquises, en vue de leur adoption générale par les services de santé publique.

L'OMS a poursuivi l'étude des méthodes à employer pour déterminer l'état de nutrition des divers groupes de population. Cette question constituait un point important de l'ordre du jour de la session du Comité mixte FAO/OMS d'experts de la Nutrition qui s'est tenu en 1951. L'Organisation a examiné, à la lumière des opinions reçues, un rapport qui avait été établi à cette occasion et qui avait été soumis à l'examen d'un grand nombre de spécialistes éminents du monde entier. Au cours de sa prochaine session, le comité mixte d'experts décidera s'il y a lieu de publier une version revisée de ce document.

A la demande du médecin-chef de l'UNRWA-PRNE, des représentants de l'OMS et de la FAO se sont rendus dans la Région de la Méditerranée orientale où ils ont procédé à une troisième enquête sur l'état de nutrition et le régime alimentaire des réfugiés arabes.

Education sanitaire de la population

Ces dernières années, de nombreux pays ont pris une conscience de plus en plus nette du fait que le développement efficace de leurs programmes sanitaires dépend, dans une large mesure, de l'éducation sanitaire de la population. En effet, il importe que les mesures envisagées reçoivent l'entier appui de la population et, d'autre part, qu'elles soient parfaitement adaptées aux ressources et aux conditions sociales et culturelles des pays intéressés.

L'OMS a continué, en 1952, à aider les pays à former des éducateurs sanitaires. Elle a accordé une attention particulière à la formation professionnelle dans le domaine de l'éducation sanitaire et aux mesures propres à faire mieux comprendre l'importance de cette discipline.

Un professeur d'éducation sanitaire a été envoyé pour deux ans à l'Université de Malaisie, à Singapour, où sont organisés des cours d'éducation sanitaire à l'intention de médecins, d'infirmières, de spécialistes de l'assainissement et de futurs instructeurs. D'autre part, un éducateur sanitaire a été affecté au Centre de formation professionnelle Bau Lintang, à Kuching (Sarawak), pour participer à la formation sanitaire d'instituteurs et conseiller le Gouvernement sur son programme d'éducation sanitaire.

En collaboration avec l'UNESCO et d'autres institutions spécialisées, l'OMS a continué d'aider à l'exécution de programmes d'éducation de base dans divers pays. Elle a notamment coopéré avec le Centre régional d'éducation de base en Amérique latine, à Patzcuaro (Mexique), et avec un autre centre créé en Egypte à l'intention des pays arabes de la Région de la Méditerranée orientale. Les éducateurs sanitaires qui ont participé à ces travaux et ont profité pour donner aux gouvernements intéressés des conseils en ce qui concerne l'éducation sanitaire de la population.

Les Bureaux régionaux des Amériques et de l'Europe ont eu recours à des experts-conseils à court terme pour organiser les conférences régionales sur l'éducation sanitaire qu'il est prévu de convoquer dans ces Régions en 1953. Ces experts-conseils se sont rendus dans vingt pays afin de procéder à des échanges de vues préliminaires avec les autorités intéressées.

Un membre du personnel du Bureau du Siège a été détaché auprès de l'UNRWAPRNE, pendant deux mois et demi, afin d'aider l'Office à dresser le bilan des services dont on dispose en faveur des réfugiés arabes et à élaborer un programme élargi d'éducation sanitaire à leur intention. L'UNRWAPRNE envisage maintenant d'exécuter en deux ans, avec la collaboration de l'OMS et dans le cadre de son action en faveur des réfugiés arabes de Palestine, un programme de formation professionnelle en matière d'éducation sanitaire.

Au Caire, l'OMS a aidé les services gouvernementaux compétents et les organismes bénévoles intéressés à préparer et à réunir un colloque sur la santé et les relations humaines, ainsi qu'un colloque sur l'élaboration des programmes d'éducation sanitaire. Elle a notamment collaboré à la publication des procès-verbaux des séances qui ont eu lieu au cours du premier colloque.

En 1950, ainsi qu'il est indiqué dans le Rapport annuel de cette année-là (page 29), l'OMS avait participé à une conférence d'étude pour les infirmières d'hygiène publique, qui s'était tenue aux Pays-Bas et à laquelle avaient assisté des infirmières venues de dix pays différents de l'Europe du Nord. A la suite de cette conférence, le Gouvernement des Pays-Bas a organisé, en 1952, avec la collaboration de l'OMS, une conférence d'étude de deux semaines sur les services nationaux d'éducation sanitaire. A cette réunion ont participé non seulement des éducateurs sanitaires mais aussi des médecins, des administrateurs, des psychologues, des infirmières, des assistantes sociales, des nutritionnistes et des représentants d'organismes sanitaires bénévoles qui s'intéressent à l'éducation sanitaire.

L'OMS a collaboré, d'autre part, avec des organisations nationales et non gouvernementales qui déploient une activité dans le domaine de l'éducation sanitaire de la population. C'est ainsi qu'elle a participé à une réunion sur l'éducation sanitaire patronnée par l'Institute of Inter-American Affairs et qu'elle a maintenu des contacts étroits avec la Commission Intérimaire de l'Union internationale pour l'Education sanitaire.

Des experts-conseils du Bureau du Siège ou des bureaux régionaux ont aidé huit pays appartenant à trois Régions à évaluer les résultats de leurs programmes d'éducation sanitaire et à préparer des plans d'activité future. Des éducateurs sanitaires ont été envoyés dans quatre pays pour donner des conseils aux gouvernements intéressés et collaborer à la mise au point de programmes nationaux.

Deux pays ont fait usage des camions pour projections cinématographiques que l'OMS leur avait fournis aux fins d'éducation sanitaire. L'Organisation a produit sa première bande de projections fixes (sur les soins aux prématurés) et elle était sur le point d'en achever cinq autres vers la fin de l'année.

Neuf pays ont demandé à l'OMS de leur envoyer onze éducateurs sanitaires qui participeront à l'exécution de divers projets sanitaires, ce qui prouve que l'on apprécie de mieux en mieux la contribution que cette activité est susceptible d'apporter aux programmes de santé publique.

L'OMS a collaboré avec le Gouvernement égyptien à la publication d'un rapport sur un projet-pilote d'éducation sanitaire dans trois villages d'Egypte, qui relate les mesures d'éducation sanitaire prises en corrélation avec l'activité d'une équipe de lutte antivénérienne installée à Tanta. L'OMS a, d'autre part, fourni les éléments d'un numéro complet du *Bulletin trimestriel d'éducation de base* de l'UNESCO. Ce numéro, qui a paru en 1952, contient une analyse de plusieurs programmes d'éducation sanitaire exécutés dans diverses parties du monde.

Migrations

Au cours de sa session de janvier 1952, le Conseil Exécutif avait examiné le rapport sur les normes fondamentales et les critères pour l'examen médical des migrants, ainsi que les résolutions qu'il contenait et qui avaient été adoptées par la Conférence des Migrations convoquée à Naples par l'OIT en octobre 1951 ; il avait invité de Directeur général à communiquer ces normes fondamentales et ces critères aux Etats Membres et à collaborer avec l'OIT à d'autres études sur cette question. En conséquence, les Directeurs généraux de l'OIT et de l'OMS ont communiqué, au mois de mai, les textes des résolutions de Naples aux Etats Membres des deux organisations. Entre temps, l'OIT a rédigé un rapport sur les règlements et pratiques en vigueur dans ce domaine ; après avoir été conjointement examiné par l'OIT, l'OMS et le Comité intergouvernemental provisoire pour les Mouvements migratoires d'Europe, ce rapport sera soumis à un groupe d'experts spécialement convoqués à cet effet.

L'OMS a également pris une part active aux réunions du Groupe de travail technique pour les Migrations (CAC), de la Commission Economique des Nations Unies pour l'Amérique latine, du Comité de Coordination inter-institutions pour les Migrations en Amérique latine et des conférences intergouvernementales sur les migrations. L'OMS a également donné des avis d'ordre médical à la Haute Commission des Nations Unies pour les Réfugiés et au Comité intergouvernemental provisoire pour les Mouvements migratoires d'Europe.

Services dentaires

Un expert-conseil a commencé au mois de décembre, en collaboration avec l'Organisation, une étude sur les soins dentaires qui doit traiter surtout de la prévention des caries dentaires et de l'emploi des fluorures. Il a été prévu d'inscrire la prévention des caries dentaires aux programmes des colloques qui seront tenus en 1953 sur les problèmes de la nutrition et les services de santé scolaires.

CHAPITRE 4

ENSEIGNEMENT ET FORMATION PROFESSIONNELLE

Lors de l'examen du Rapport annuel de l'OMS de 1951, le Conseil Economique et Social a noté et approuvé « la priorité donnée au développement de services sanitaires publics efficaces et de formation professionnelle en matière d'hygiène ». En 1952, l'OMS a fait porter davantage encore son attention sur l'enseignement de la médecine et sur la formation professionnelle du personnel médical. C'est ainsi qu'elle a apporté une aide directe aux gouvernements, notamment en distribuant des bourses d'études, en organisant des cours, en prêtant assistance à des établissements d'enseignement et en stimulant les échanges d'informations scientifiques.

Les discussions techniques sur l'enseignement et la formation professionnelle du personnel médical et sanitaire qui se sont déroulées lors de la Quatrième Assemblée Mondiale de la Santé, en 1951, ont incité les Comités régionaux de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental à organiser, au cours de leurs sessions de 1952, des discussions analogues portant tout spécialement sur la formation professionnelle du personnel auxiliaire. Les problèmes de formation ont également été examinés lors de la réunion qui a eu lieu à La Havane à l'occasion du cinquantième anniversaire de la fondation de l'Organisation Sanitaire Panaméricaine.

Le Comité d'experts pour la Formation professionnelle et technique du Personnel médical et auxiliaire a tenu sa deuxième session à Nancy (France) du 3 au 9 décembre. Donnant suite à une recommandation qu'il avait lui-même formulée lors de sa première session, en 1950,[1] il a approfondi la question de l'intégration de la médecine préventive et de la médecine sociale dans le programme des études médicales en vue d'assurer un cycle d'études bien équilibré.

Cette question a été reprise au cours d'une conférence européenne d'étude sur l'enseignement de l'hygiène, de la médecine préventive et de la médecine sociale aux étudiants en médecine, qui s'est tenue à Nancy également. De brèves conférences sur l'enseignement de la médecine et les questions apparentées ont, d'autre part, été organisées en collaboration avec les autorités et les institutions intéressées de Birmanie et de Ceylan lors de voyages faits dans ces pays par des missions de médecins envoyées par l'OMS. La venue en Iran d'un groupe d'experts-conseils pour l'enseignement de la médecine a été l'occasion de discussions analogues. Des conférences du même genre auront lieu dans l'Inde et en Indonésie au début de 1953 en liaison avec l'arrivée dans ces pays de missions de médecins.

L'Association médicale mondiale a invité l'OMS à patronner et à organiser avec elle une conférence mondiale sur l'enseignement de la médecine — la première de cette nature — qui aura lieu à Londres en août 1953. L'OMS a collaboré aux travaux du comité d'organisation de la conférence et participé à l'établissement du programme des discussions, qui porte principalement sur des questions telles que la réforme des programmes d'études médicales en raison des progrès réalisés dans les sciences médicales et dans l'enseignement même de la médecine, et l'adaptation de cet enseignement aux besoins et aux conditions de vie de la population. Il a été convenu que le comité du programme de la conférence aurait pour tâche de réunir les données générales qui serviront de base aux délibérations, tandis que l'OMS se chargera essentiellement de préparer une documentation sur l'enseignement de la médecine préventive et de la médecine sociale.

En 1952, l'OMS a apporté son aide ou son appui à un grand nombre d'écoles de médecine, d'écoles de santé publique, d'écoles d'infirmières et de centres de formation de personnel de salubrité et de personnel auxiliaire (pour plus de détails, voir Partie II). Elle a, d'autre part, encouragé l'organisation de cours régionaux de formation professionnelle dans des régions où ce mode d'enseignement était auparavant peu utilisé.

Dans le même ordre d'idées, elle se propose de constituer dans la Région de la Méditerranée orientale un groupe itinérant d'étude composé d'administrateurs de santé publique et semblable à ceux qui s'étaient rendus dans la Région européenne en 1951 et en 1952.

L'OMS s'est spécialement préoccupée, en 1952, de la formation du personnel auxiliaire, en particulier dans les pays qui s'emploient à développer rapidement leurs services de santé publique. Elle a examiné ce problème avec les autorités de plusieurs pays des Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental, ainsi qu'avec le Département des Questions sociales des Nations Unies et le FISE. Non contente de fournir son assistance à des établissements d'enseignement (voir Partie II), elle a aidé différents pays à définir leur point de vue sur le personnel auxiliaire et à élaborer un programme de formation professionnelle et d'utilisation de ce personnel.

Afin d'éviter les doubles emplois dans la réunion d'informations sur l'enseignement de la médecine, l'OMS a assuré en partie la coordination nécessaire ; c'est ainsi qu'elle s'est adressée au Bureau international des Universités pour se procurer la documentation établie par les universités.

---

[1] Voir *Org. mond. Santé: Sér. Rapp. techn.* 1950, **22**, 28

Bourses d'études

L'année 1952, qui a été la sixième année complète d'activité de l'OMS dans ce domaine, a été marquée par l'attribution d'un nombre de bourses sans précédent dans ce programme, à savoir 1.147 contre 662 en 1951.

Des données statistiques sont fournies à ce sujet dans l'annexe 16 (tableaux 1 à 4) ; pour les années 1947-1951, il convient de se reporter aux chiffres rectifiés figurant dans une des annexes au rapport sur la onzième session du Conseil Exécutif.[2] Le nombre annuel moyen de bourses accordées durant la période quinquennale 1947-1951 était de 342. Sur les 1.147 bourses attribuées en 1952, 723 (63 %) ont été inscrites au budget ordinaire de l'OMS, 53 (5 %) ont été financées par le FISE mais administrées par l'OMS et 371 (32 %, contre 13 % en 1951) ont été imputées sur les fonds de l'assistance technique.

Une importance toute particulière a continué d'être accordée aux programmes d'études collectives et le nombre des bourses octroyées à cette occasion (cours, colloques et symposiums organisés par l'OMS ou avec son aide) a été accru. On trouvera à l'annexe 5 une liste de ces programmes d'études. En 1952, 487 (43 %) des 1.147 bourses octroyées concernaient des études collectives, alors que les chiffres correspondants s'élevaient à 387 (23 %) pour 1947-1951. Comme les stages de formation collective ont été brefs — moins d'une semaine en général et rarement plus d'un mois — la durée moyenne des bourses a diminué ; alors qu'elle était de cinq mois et demi en 1947-1951, elle n'atteignait plus que quatre mois et demi à peine en 1952.

C'est dans la Région européenne que les stages de formation collective ont été inaugurés (en 1950 et en 1951) et qu'ils ont pris le plus d'extension. Cela s'explique notamment par le fait que, les distances étant relativement courtes en Europe, les frais de voyage n'absorbent pas une grande partie des sommes disponibles, même pour les cours de brève durée ; en effet, les stages de formation collective sont rarement suivis par des boursiers provenant d'une Région autre que celle dans laquelle les stages sont organisés. D'autre part, l'Europe possède pour chaque matière sur laquelle portent les cours, les colloques ou les symposiums, un personnel compétent et suffisamment nombreux pour que les échanges de renseignements soient particulièrement féconds.

Pendant la période 1947-1951, la plupart des bourses de formation collective ont été attribuées dans la Région européenne (331 sur 387, soit 86 %). En 1952, c'est l'Europe qui a consacré le plus grand nombre de bourses d'études à ce genre de formation (335 sur 487, soit 69 %), proportion beaucoup plus élevée que le pourcentage de bourses qui lui échoit.

[2] Ce rapport sera publié dans *Actes off. Org. mond. Santé*, **46**

Sur 1.708 bourses attribuées en 1947-1951, 944 (55 %) l'ont été en vue d'études dans la Région même du bénéficiaire. Ce pourcentage a atteint 66 en 1952. C'est en Europe qu'il a été le plus élevé (500 sur 592, soit 84 %) ; viennent ensuite les Amériques, où il est également important (129 sur 157, soit 82 %). Il est probable qu'il augmentera de plus en plus dans les autres Régions à mesure que celles-ci développeront leurs établissements d'enseignement et de formation. En attendant, l'Europe et les Amériques continuent d'attirer la plupart des boursiers (voir annexe 16, tableau 4).

Comme par le passé, les sujets d'étude des boursiers se rattachent surtout à des domaines dans lesquels l'OMS aide les gouvernements à développer leurs services sanitaires. Certaines bourses sont destinées à renforcer les programmes que l'Organisation aide les administrations sanitaires nationales à élaborer, mais pour l'exécution desquels aucune autre assistance internationale ne sera octroyée. Le tableau 3 de l'annexe 16 indique la relation entre les sujets pour l'étude desquels l'OMS a accordé des bourses en 1952 et les autres travaux de l'Organisation.

La Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé a adopté une résolution par laquelle elle a prié le Directeur général, lorsqu'il accordera des bourses d'études individuelles, à l'intérieur ou hors d'une Région, de donner — au moins pendant les trois prochaines années — priorité aux pays insuffisamment développés. On s'est efforcé d'accorder cette priorité, mais les pays intéressés n'ont pas été en mesure d'utiliser toutes les bourses qui leur avaient été réservées ; certains boursiers qui avaient été acceptés n'ont pu suivre le stage prévu, soit parce qu'ils ignoraient ou connaissaient mal la langue du pays dans lequel ils devaient être envoyés, soit parce que leur formation de base était insuffisante. Il est, d'autre part, évident que l'exécution du programme de bourses d'études se heurte à des difficultés particulières dans les Régions pauvres en moyens d'enseignement et où les distances à franchir sont élevées. Les fonds mis à la disposition de ces Régions ne permettent pas en effet de financer autant de bourses d'études que dans les Régions où les moyens de formation sont nombreux et où les distances sont relativement courtes.

En 1952, le Bureau du Siège s'est presque entièrement déchargé sur les six bureaux régionaux de l'administration des bourses d'études. Lorsque ce transfert de responsabilité sera achevé, le Siège disposera de plus de temps pour évaluer de façon approfondie les résultats du programme de bourses et pour entreprendre des travaux qui n'entrent pas dans le cadre des opérations courantes. Des membres du personnel de la Section des Bourses d'études ont fait partie d'un groupe de conseillers qui se sont rendus en

Iran pour formuler des recommandations relatives à l'amélioration des facultés de médecine provinciales.

L'une des deux questions sur lesquelles la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé a appelé tout spécialement l'attention du Conseil Exécutif est le programme d'enseignement et de formation professionnelle, y compris les bourses d'études. Un exposé a été rédigé à ce sujet à la lumière de l'expérience acquise ; il sera présenté au Conseil lors de sa onzième session. D'autre part, des recommandations ont été formulées sur l'action future à entreprendre dans ce domaine. Ce problème fera l'objet d'un rapport qu'adressera le Conseil à la Sixième Assemblée Mondiale de la Santé.

L'OMS a collaboré très étroitement et de façon suivie avec l'Organisation des Nations Unies et d'autres institutions spécialisées pour l'examen des demandes de bourses qui se rapportent à des domaines relevant de la compétence de plusieurs organisations. Elle a notamment participé au Groupe technique de travail interinstitutions pour les bourses ainsi qu'au Groupe de travail des représentants des pays d'accueil européens. Le premier de ces groupes a pour rôle d'harmoniser les méthodes respectivement appliquées par l'Organisation des Nations Unies et les institutions spécialisées, ainsi que de faciliter la bonne exécution des programmes en établissant une collaboration étroite entre les diverses organisations et en confrontant les expériences. C'est ainsi qu'il a envisagé d'établir un modèle uniforme de bulletin de demande de bourse, à l'usage de ces organisations.

Assistance aux établissements d'enseignement

L'année 1952 a été la première année complète pendant laquelle l'OMS s'est efforcée d'améliorer l'enseignement de la médecine et de l'hygiène publique en aidant à la création ou au renforcement des établissements d'enseignement. L'Organisation a été saisie d'un nombre croissant de demandes d'assistance pour l'enseignement de sciences fondamentales (anatomie, physiologie, pharmacologie) et de questions de santé publique (médecine préventive, éducation sanitaire, médecine du travail).

Voici quelques exemples du genre d'aide que l'OMS est appelée à fournir à cet égard : une école de médecine nouvellement créée a besoin d'un professeur expérimenté pour organiser une section, en établir le programme d'études et former un successeur ; une chaire de médecine préventive est élargie en une école de santé publique pour diplômés et fait appel à un spécialiste pour organiser l'enseignement de l'hygiène publique ; ailleurs, une école de médecine demande qu'on l'aide à créer une chaire de médecine préventive.

En 1952, l'OMS a engagé au total dix-huit professeurs éminents qu'elle a affectés à divers établissements d'enseignement. Il en aurait fallu bien davantage pour répondre à toutes les demandes des gouvernements, mais il est difficile d'obtenir les services de personnes possédant la compétence et l'expérience requises, tout particulièrement parce qu'il est rarement possible aux intéressés d'abandonner leurs fonctions pendant la période voulue ou d'interrompre leurs recherches pour accepter des postes temporaires à l'étranger.

Chaque fois que l'OMS a engagé un professeur, elle lui a accordé des fonds pour l'achat de fournitures et de matériel, afin de lui permettre de disposer des moyens qu'exige l'enseignement des techniques modernes. Les fonds ainsi utilisés ont varié de $2.000 à $8.000 selon les cas.

L'OMS a également donné des conseils sur les programmes d'études, les méthodes d'enseignement, les listes et l'expérience que doivent posséder les professeurs et sur l'administration des établissements d'enseignement. C'est ainsi qu'un membre du personnel du Siège a passé un mois au Pakistan pour procéder à une enquête dans une école de santé publique et dans la zone de formation technique que l'on envisage de lui rattacher. Il a formulé diverses recommandations par écrit, dont beaucoup ont été retenues par le Gouvernement pakistanais. D'autre part, un expert-conseil à court terme s'est rendu à Costa-Rica pour y étudier divers problèmes relatifs à l'enseignement de la médecine et présenter des recommandations à ce sujet. Enfin, l'OMS a procuré un directeur à une école de médecine de l'Inde.

L'Organisation s'est intéressée spécialement à la formation du personnel sanitaire auxiliaire. Elle a tout d'abord dressé la liste des besoins en auxiliaires de diverses catégories ; des membres du Secrétariat de l'OMS ont visité quelques-uns des établissements qui forment déjà du personnel de ce genre et ont établi des plans en vue de l'amélioration et du développement des moyens dont ils disposent. On a étudié dans plusieurs régions la possibilité d'organiser des cours régionaux pour préparer des moniteurs qui formeront à leur tour du personnel auxiliaire.

L'OMS a achevé d'établir les listes-types du matériel et des fournitures nécessaires à diverses chaires d'écoles de médecine : anatomie, histologie, physiologie, pathologie, bactériologie, biochimie, pharmacologie et médecine préventive. Chacune de ces listes a été soumise à l'examen de quinze à vingt spécialistes de la branche considérée, qui ont été priés de formuler leurs observations. Après avoir été complétées d'après les indications de ces spécialistes, les listes seront publiées conjointement par l'OMS et l'UNESCO.

En collaboration avec l'Association internationale des Universités, l'OMS a rédigé un répertoire des facultés de médecine du monde entier.

Echange d'informations scientifiques

L'aide fournie par l'OMS aux pays pour faciliter les échanges d'informations scientifiques a été assurée conjointement par le Siège et par les bureaux régionaux. Les différents projets exécutés sont donc principalement traités dans les chapitres consacrés aux Régions (voir Partie II).

L'expérience acquise en 1951 a montré que, en matière d'enseignement de la médecine, certaines initiatives qui semblaient devoir convenir seulement aux pays possédant des services médicaux et sanitaires bien développés pouvaient également donner des résultats utiles dans les pays moins évolués. Comme le laissait prévoir le Rapport annuel de 1951, l'OMS a aidé de nouveaux pays et de nouvelles Régions à organiser l'échange d'informations scientifiques. Une mission de médecins (semblable aux « missions d'enseignement médical » qui s'étaient rendues en Israël et en Iran en 1951) ont séjourné deux mois dans la Région de l'Asie du Sud-Est, principalement en Birmanie et à Ceylan, s'arrêtant plusieurs jours à Calcutta en cours de route. Un symposium interrégional sur la lutte contre le pian s'est tenu en Thaïlande. Ces initiatives ont été accueillies très favorablement par les pays intéressés et ont incité des pays d'autres Régions à demander à l'OMS d'entreprendre des projets semblables dans leur zone. Le Bureau du Siège a consacré beaucoup de temps à l'exécution de projets dans des pays pour le compte des Régions et il est en train d'établir de nouveaux plans qui seront mis en œuvre au début de 1953 dans plusieurs pays, dont l'Egypte, l'Inde et l'Indonésie.

On s'est efforcé d'assurer une meilleure répartition géographique au sein des équipes itinérantes, qui se composent généralement de dix à quatorze experts-conseils. En 1952, on a inclus dans ces missions des personnes appartenant à six ou sept pays différents, afin de mieux y représenter les tendances et les doctrines qui règnent dans les principaux centres scientifiques des diverses parties du monde au sujet des problèmes actuels de médecine et de santé publique. Les équipes se sont rendues dans trois autres pays, et des spécialistes d'une dizaine de pays ont pu ainsi échanger des informations des plus utiles, tant pour les pays d'accueil que pour l'équipe visiteuse, dans de nombreuses branches de la médecine et de la santé publique. En effet, si ces cours ont présenté un grand intérêt pour les pays dans lesquels ils se sont tenus, les experts-conseils qui composaient les missions et qui provenaient de pays très avancés ont, de leur côté, acquis une expérience et des connaissances extrêmement précieuses au contact de leurs collègues des pays moins développés. Ils ont pu, de la sorte, prendre connaissance de conditions de vie et de travail sur lesquelles ils ne possédaient jusqu'alors aucune information directe, assister à des opérations chirugicales effectuées dans des circonstances différentes de celles auxquelles ils sont accoutumés dans leur propre pays, observer des états pathologiques qui ne leur sont pas familiers et s'initier à des problèmes et à des méthodes sanitaires caractéristiques de régions qui diffèrent de la leur. La haute compétence des savants et des professeurs qui composaient les équipes, et souvent aussi des représentants des pays d'accueil, a largement contribué à rendre les échanges de vues et de renseignements particulièrement fructueux.

La coordination de l'activité des biologistes et des cliniciens avec celle des spécialistes de la santé publique (voir Rapport annuel de 1951) a été intensifiée. Au cours d'une série de discussions de groupe sur les problèmes de santé publique, l'apport que la médecine préventive peut recevoir des sciences cliniques a été fortement mis en valeur et les spécialistes des sciences médicales fondamentales ont fourni une contribution très fructueuse aux travaux des spécialistes de la santé publique. Le groupe de discussion sur l'immunisation se composait à la fois de techniciens de la santé publique et d'un certain nombre de spécialistes des sciences cliniques, dont un spécialiste de la chirurgie thoraco-pulmonaire. Lors d'un symposium organisé à l'Ecole de médecine de Rangoon, chaque spécialiste des sciences fondamentales et des sciences cliniques qui y assistait (les branches représentées allaient de la physiologie et de la biochimie à l'anesthésiologie et à la chirurgie) a été invité à exposer l'aide que sa discipline était susceptible d'apporter à la médecine préventive. Les travaux techniques particuliers qu'exécutent les missions sont maintenant complétés par des échanges d'informations sur l'évolution de l'enseignement de la médecine en général et des disciplines représentées par les membres des missions. Les questions touchant telle ou telle spécialité sont habituellement traitées au cours de discussions officieuses entre les personnes intéressées, tandis que les problèmes relatifs à l'enseignement de la médecine en général font l'objet de conférences de deux ou trois jours, auxquelles participent les autorités gouvernementales et les services d'enseignement du pays d'accueil.

Les comptes rendus du colloque sur le métabolisme du nourrisson (Stockholm, 1950) [3] ont été édités et mis à jour en vue de leur publication et de leur vente en 1953. D'autre part, les conférences des trois spécialistes de la santé publique qui ont fait partie de la mission d'enseignement médical envoyée en Israël en 1951 par l'OMS et l'Unitarian Service Committee ont été publiées, sous le titre : *Public Health Lectures*, par les soins de l'Unitarian Service

[3] Des indications sur ce colloque figurent dans le Rapport annuel de cette même année, *Actes off. Org. mond. Santé*, **30**, 118.

Committee, auquel l'OMS a fourni une aide d'ordre technique lors de l'élaboration du manuscrit.

Dans ses efforts en vue de promouvoir l'échange des informations scientifiques, l'OMS a travaillé en collaboration étroite avec le Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales (CIOMS), qui lui a communiqué des exemplaires des comptes rendus de tous les congrès internationaux. (Pour de plus amples détails au sujet du CIOMS, voir Partie III, chapitre 17.)

Tout au long de l'année 1952, l'OMS a rassemblé un grand nombre d'informations scientifiques sur les établissements d'enseignement et de recherches (personnel, activités, champs d'intérêt). Elle a notamment commencé à établir un fichier des catalogues et des diverses publications des écoles de médecine et de santé publique du monde entier, ainsi qu'un fichier des sociétés scientifiques médicales de tous les pays. Ce travail, qui est loin d'être achevé, se poursuit actuellement.

CHAPITRE 5

SERVICES D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE STATISTIQUES SANITAIRES

Règlements sanitaires et Conventions

Règlement sanitaire international (Règlement N° 2 de l'OMS)

Dans son Rapport annuel de 1951 le Directeur général avait retracé les diverses étapes qui avaient marqué la préparation du Règlement sanitaire international et son adoption à l'unanimité par la Quatrième Assemblée Mondiale de la Santé en mai 1951.[1]

Aux termes du paragraphe 1 de l'article 106 du Règlement, les Etats Membres avaient le droit de formuler des refus ou des réserves à l'égard des différents articles, dans un délai de neuf mois à partir du 11 juin 1951, date à laquelle le Directeur général a notifié aux gouvernements l'adoption du Règlement par l'Assemblée de la Santé. Vingt-cinq Etats Membres avaient exercé ce droit à la fin de cette période.

Un grand nombre des réserves formulées étaient à prévoir. En effet, l'accord ne s'était pas toujours réalisé au cours des longues discussions techniques qui ont eu lieu au sein de la commission instituée par l'Assemblée de la Santé pour l'examen du projet de Règlement, et plusieurs des réserves avaient trait à des questions au sujet desquelles des divergences s'étaient manifestées au cours de ces délibérations.

Au début de 1952, afin d'aider l'Assemblée de la Santé à examiner lesdites réserves, le Directeur général a réuni, conformément à la résolution EB9.R78 du Conseil Exécutif, un comité ad hoc composé de trois médecins et de quatre juristes. Ce comité a examiné avec soin les communications reçues des gouvernements et a présenté des observations et des recommandations au sujet de chacune d'entre elles. Cela a permis à la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé de résoudre de façon à la fois rapide et satisfaisante le délicat problème des réserves.

Pour l'examen détaillé des réserves, la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé a constitué un groupe de travail qui a tenu 10 réunions auxquelles ont participé 40 à 50 délégués. Ce groupe de travail a accepté, en les modifiant quelquefois légèrement, les recommandations du comité ad hoc et a soumis à l'Assemblée de la Santé un rapport qui a été adopté par 56 voix contre une (Australie), avec une abstention (Mexique).

Le Règlement a recueilli une large approbation, comme le prouve le fait que, sur les 89 pays intéressés, 25 seulement ont présenté des réserves. Quatre de ces réserves, formulées par des gouvernements en attendant que soit achevée la procédure constitutionnelle qu'ils estimaient nécessaire pour que le Règlement puisse être approuvé par leurs organes législatifs, ont été considérées par l'Assemblée de la Santé comme des refus, quoique de caractère purement formel. Le nombre total des réserves notifiées s'est élevé à 73, dont 35 ont été acceptées par l'Assemblée de la Santé avec ou sans modification,[2] tandis que les 38 autres n'ont pas été retenues.[3] De plus, cinq gouvernements ont formulé des observations que l'Assemblée de la Santé n'a pas examinées, estimant qu'elles constituaient non pas des réserves mais des propositions d'amendement au Règlement.[4]

---

[1] *Actes off. Org. mond. Santé*, **38**, 41

[2] Les 35 réserves acceptées par l'Assemblée de la Santé, avec ou sans modification, ont été présentées par les pays suivants :

Arabie Saoudite	6	Birmanie	1	Grèce	1	Philippines	1
Argentine	1	Ceylan	4	Inde	6	Portugal	1
Australie	1	Egypte	5	Pakistan	6	Union Sud-Africaine	2

[3] Les 38 réserves qui n'ont pas été acceptées par l'Assemblée de la Santé émanaient des pays suivants :

Arabie Saoudite	5	Australie	7	Ceylan	6	Egypte	1	Pakistan	2
Argentine	5	Birmanie	5	Chili	1	Inde	1	Union Sud-Africaine	5

[4] Les amendements au Règlement, dont le nombre s'est élevé à 11, ont été présentés par les pays suivants :

Argentine	5	Chili	1	Irak	1	Liban	2	Pérou	2

CARTE 2. RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Position des Etats et territoires au 12 décembre 1952

STATES AND TERRITORIES — ETATS ET TERRITOIRES

bound by the Regulations
liés par le Règlement

not bound by the Regulations
non liés par le Règlement

position not yet defined
dont la position n'est pas encore définie

WHO 3029

Le tableau ci-dessus donne une idée générale de la position des Etats ou des territoires vis-à-vis du Règlement sanitaire international, à la date du 12 décembre 1952. On y trouvera la liste des Etats et des territoires liés par le Règlement — avec ou sans réserves —, de ceux qui ne le sont pas, et enfin de ceux dont la position n'est pas encore connue. Les territoires sont rangés sous le nom de l'Etat ou des Etats qui ont la responsabilité de la conduite de leurs relations internationales.

LIÉS PAR LE RÈGLEMENT : SANS RÉSERVES

Etats Membres

Afghanistan
Autriche
Belgique
Bolivie
Brésil
Cambodge
Canada
Chine
Corée
Costa-Rica
Cuba
Equateur
Espagne
Etats-Unis d'Amérique
Ethiopie [1]
Finlande
France
Guatemala
Haïti
Honduras
Indonésie
Irak
Iran
Irlande
Islande
Israël
Italie
Japon
Jordanie (Royaume Hachimite de)
Laos
Liban
Libéria
Libye [2]
Luxembourg
Mexique
Monaco
Nicaragua
Norvège
Nouvelle-Zélande
Panama
Paraguay
Pays-Bas
Pérou
Portugal
République Dominicaine
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord
Salvador
Suède
Suisse
Syrie
Thaïlande
Turquie
Uruguay
Venezuela
Viet-Nam
Yougoslavie

Territoires d'outre-mer ou éloignés

Belgique

Congo Belge
Ruanda-Urundi

Espagne

Afrique-Occidentale espagnole
Guinée espagnole
Maroc espagnol

Etats-Unis d'Amérique

Alaska
Guam
Hawaï
Iles du Pacifique : Carolines, Mariannes et Marshall
Iles Vierges (Etats-Unis)
Panama (Zone du Canal)
Porto-Rico
Samoa américain

France

Afrique-Equatoriale française
Afrique-Occidentale française
Cameroun français
Comores (îles)
Côte française des Somalis
Etablissements français de l'Inde
Etablissements français de l'Océanie
Madagascar et dépendances
Maroc français
Nouvelle-Calédonie et dépendances
Saint-Pierre et Miquelon
Togo français
Tunisie

Italie

Somalie

Nouvelle-Zélande

Territoires insulaires
Samoa occidental

Pays-Bas

Antilles néerlandaises
Nouvelle-Guinée néerlandaise

Portugal

Angola
Cap Vert (îles du)
Guinée portugaise
Inde portugaise
Macao
Mozambique
Saint-Thomas et Prince
Timor portugais

Royaume-Uni

Aden
Bahamas
Bahrein
Barbade
Basutoland
Bechuanaland
Bermudes
Cameroun britannique
Chypre
Côte de l'Or
Gibraltar
Guyane britannique
Iles du Vent (Grenade seulement)
Iles sous le Vent (Montserrat, Saint-Christophe-Nevis, îles Vierges)
Jamaïque
Katar
Kenya
Koweit
Malaisie (Fédération de)
Maurice (île)
Nigeria
Nord-Bornéo
Nyassaland
Oman sous régime de traité
Ouganda
Rhodésie du Nord
Rhodésie du Sud
Sainte-Hélène
Seychelles (îles)
Sierra-Leone
Swaziland
Togo britannique
Tonga (îles)
Trinité
Zanzibar

Etat non membre

Cité du Vatican

LIÉS PAR LE RÈGLEMENT : AVEC RÉSERVES

Etats Membres

Arabie Saoudite (réserves aux articles 61, 63, 64, 69, A1, A6)
Ceylan (réserves aux articles 37, 74, 76, 104 et à l'annexe 3)
Grèce (réserve à l'article 69)
Pakistan (réserves aux articles 42, 43, 70, 74, 100 et à l'annexe 3)
Philippines (réserve à l'article 69)
Union Sud-Africaine (réserves aux articles 40, 42, 43, 76, 77)

Territoire extérieur

Union Sud-Africaine:

Sud-Ouest africain (réserves aux articles 40, 42, 43, 76, 77)

[1] Y compris l'Erythrée, fédérée avec l'Ethiopie depuis le 15 septembre 1952

[2] A compter du 1er janvier 1953

NON LIÉS PAR LE RÈGLEMENT

Etats Membres

Allemagne (République fédérale d')
Argentine
Australie
Birmanie
Chili
Danemark

Territoires d'outre-mer ou éloignés

Australie

Tous les territoires

Danemark

Féroé (îles)
Groenland *

Etat non membre

Liechtenstein

POSITION NON ENCORE DÉFINIE

Etats Membres

Egypte
Inde

Etats Membres inactifs

Albanie
Biélorussie, RSS de
Bulgarie
Hongrie
Pologne
Roumanie
Tchécoslovaquie
Ukraine, RSS d'
Union des Républiques Socialistes Soviétiques

Territoires d'outre-mer ou éloignés

Australie, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni

Nauru (île)

Egypte, Royaume-Uni

Soudan

France, Royaume-Uni

Nouvelles-Hébrides * (la réserve n'a été faite qu'en ce qui concerne le Royaume-Uni)

Pays-Bas

Surinam *

Royaume-Uni

Brunéi *
Falkland (îles) *
Fidji (îles) *
Gambie *
Gilbert et Ellice (îles) *
Honduras britannique *
Hong-kong *
Iles du Vent (Dominique,* Sainte-Lucie,* Saint-Vincent *)
Iles sous le Vent (Antigua seulement) *
Malte *
Salomon britanniques (îles) *
Sarawak *
Singapour *
Somalie britannique *
Tanganyika *

Etats ou territoires non membres

Andorre
Colombie
Mascate et Oman (Sultanat de)
Mongolie (République populaire de)
Népal
Saint-Marin
Tanger (Zone internationale)
Trieste (Territoire libre de)
Yémen

* Les refus ou les réserves concernant les territoires dont le nom est accompagné d'un astérisque seront examinés par la Sixième Assemblée Mondiale de la Santé (1953).

Les décisions de l'Assemblée de la Santé ont été communiquées à tous les gouvernements. Ceux d'entre eux qui avaient notifié des réserves ont été priés de faire connaître au Directeur général s'ils acceptaient les décisions de l'Assemblée de la Santé (auquel cas le Règlement leur serait applicable) ou s'ils ne les acceptaient pas (auquel cas ils ne seraient pas soumis au Règlement et demeureraient liés par les dispositions des conventions et accords antérieurs auxquels ils sont parties).

Aux termes du paragraphe 2 de l'article 106 du Règlement, les Etats Membres, après due notification au Directeur général, pouvaient, jusqu'au 11 décembre 1952, formuler des refus ou des réserves à l'égard du Règlement en ce qui concerne les territoires d'outre-mer ou éloignés pour lesquels ils ont la responsabilité de la conduite des relations internationales. Sept Etats Membres ont usé de ce droit.

Etant donné les problèmes complexes que soulève la lutte contre les maladies épidémiques dans de nombreux territoires éloignés, on s'attendait à ce qu'un grand nombre de réserves fussent formulées par les Etats Membres intéressés. Cependant tel n'a pas été le cas puisque trois Etats Membres seulement ont formulé des réserves concernant vingt territoires d'outre-mer ou éloignés. Le Directeur général exposera la nature et la portée de ces réserves lors de la onzième session du Conseil Exécutif, au cours de laquelle seront définies les règles à suivre pour l'examen des réserves en question, de façon que des recommandations appropriées puissent être adressées à la Sixième Assemblée Mondiale de la Santé.

La position de tous les pays à l'égard du Règlement, telle qu'elle se présentait au 12 décembre 1952, est indiquée dans la carte 2 et le tableau qui l'accompagne (pages 42-43). Chronologiquement, le 1er octobre 1952 est une date importante puisqu'elle a marqué l'entrée en vigueur officielle du Règlement ; c'est pourquoi on a indiqué à l'annexe 17 la position à cette date.

Il est encore trop tôt pour pouvoir évaluer avec précision l'effet de l'entrée en vigueur du Règlement sanitaire international. Il était impossible de prévoir à quelle date les gouvernements auraient mené à bonne fin les formalités, compliquées et multiples, qu'ils devaient remplir. C'est ainsi que quelques jours avant l'entrée en vigueur du Règlement, les gouvernements de trois grands pays ont informé le Directeur général que les nouveaux certificats internationaux de vaccination ne seraient pas disponibles à la date prévue et que pendant quelques mois les certificats de vaccination délivrés sur leur territoire continueraient à être conformes aux modèles annexés à la Convention sanitaire internationale pour la Navigation aérienne de 1933/1944. Ce fait, à lui seul, compliquera la tâche des services de quarantaine du monde entier, mais il est à espérer que, durant la période de transition, ces services adopteront une attitude tolérante et compréhensive et ne considéreront pas une telle inobservation du Règlement comme une violation de la législation internationale. Le rapport annuel qui sera établi sur l'application du Règlement sanitaire international fera état des renseignements qui auront été reçus au sujet des difficultés rencontrées par des pays au cours de la période initiale de mise en vigueur du Règlement.

Le Règlement sanitaire international ne remplace pas la partie de la Convention sanitaire internationale pour la Navigation aérienne de 1933/1944 (paragraphe 2 de l'article XVII) qui a trait à la lutte contre les insectes vecteurs du paludisme et d'autres maladies à bord des aéronefs effectuant des voyages internationaux. Comme il a été indiqué dans le Rapport annuel de 1951, l'OMS a mis à l'étude les méthodes appliquées par les Etats Membres concernant la désinsectisation des aéronefs ; les résultats de cette étude, qui a été poursuivie en 1952, seront communiqués au Comité de la Quarantaine internationale en prévision de l'établissement éventuel d'un règlement sur la lutte contre les insectes vecteurs à bord des aéronefs affectuant des voyages internationaux.

Afin de recueillir les informations nécessaires en ce qui concerne la lutte contre les insectes vecteurs dans le trafic maritime international, l'OMS a entrepris, en collaboration avec plusieurs Etats Membres, des études sur le transport des insectes à bord des navires. On peut espérer que le moment viendra où la documentation réunie à ce sujet sera suffisante pour qu'il soit possible d'envisager l'élaboration d'un règlement international approprié.

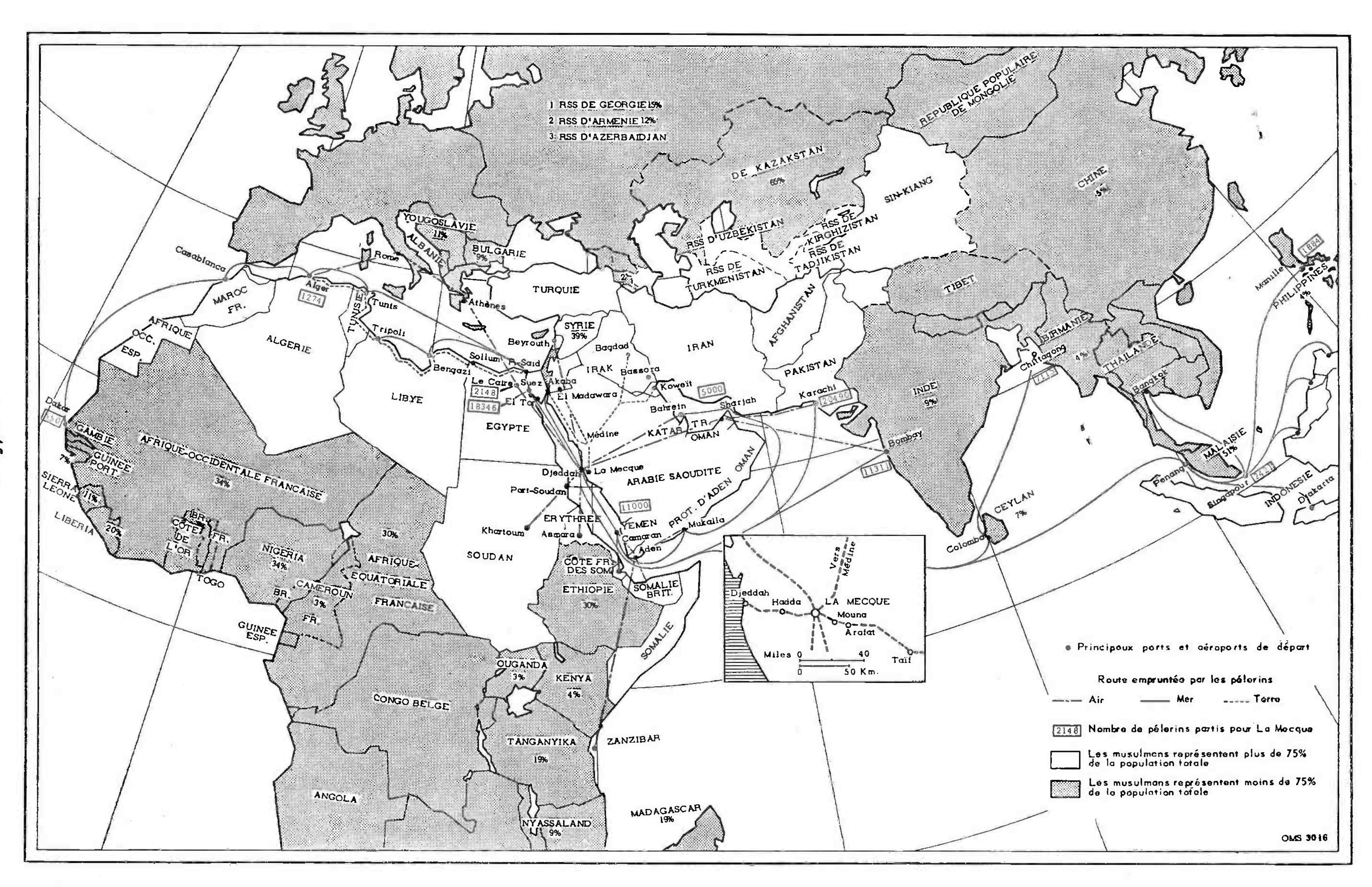
Application des conventions sanitaires internationales

Aucune épidémie sérieuse de maladie quarantenaire n'a été notifiée en 1952. Au cours des neuf premiers mois de l'année en question, c'est-à-dire jusqu'à la date de l'entrée en vigueur du Règlement sanitaire international, l'OMS a eu à connaître de onze différends relatifs à l'application des conventions sanitaires internationales. La plupart de ces différends résultaient d'une application considérée comme trop rigoureuse de mesures quarantenaires. Dans tous les cas, le différend a pu être réglé, ou des explications ont été données qui ont été suivies du retrait des mesures incriminées ou de telle autre solution de nature à satisfaire la partie plaignante.

Rapport annuel sur le Pèlerinage de La Mecque

Le rapport annuel sur le Pèlerinage de La Mecque de 1951 a été publié en octobre 1952. D'après ce rapport, 400.000 pèlerins étaient présents à la veille du jour d'Arafat — 9 Zilhidjé 1370, 11 septembre — jour d'ouverture du Pèlerinage. Parmi les pèlerins, 82.552 étaient venus par voie maritime, 12.687 par voie aérienne et 1.518 par voie terrestre. La carte du monde musulman (carte 3 ci-contre) indique les principaux itinéraires suivis par les pèlerins.

CARTE 3. PÈLERINAGE DE LA MECQUE, 1951



Informations épidémiologiques et statistiques sanitaires

Le système utilisé par l'OMS pour réunir et diffuser des informations sur les maladies transmissibles — quarantenaires et non quarantenaires — a été exposé de façon assez détaillée dans des rapports annuels antérieurs.

En 1952, l'Organisation a analysé et enregistré des renseignements sur la fréquence d'environ 40 maladies transmissibles dans quelque 200 pays et territoires. Ces renseignements ont été extraits d'environ 6.800 communications adressées au Siège toutes les semaines, tous les dix jours, tous les quinze jours ou tous les trimestres. Des informations complémentaires sur les grandes épidémies sont communiquées à l'OMS par télégrammes ou par courrier aérien. Malheureusement, toutefois, l'Organisation ne reçoit aucun rapport de sept pays en Europe, cinq dans les Amériques, cinq en Asie et trois en Afrique. Or, le système d'informations épidémiologiques ne sera pleinement efficace que lorsque tous les pays y participeront.

Les informations épidémiologiques sont diffusées au moyen d'un réseau mondial de stations d'émissions radiophoniques. C'est ainsi que des bulletins quotidiens donnent des détails sur les maladies quarantenaires dans les ports et les aéroports, sur les mesures de quarantaine qui sont appliquées et sur la fréquence d'autres maladies qui intéressent le trafic international.

Des bulletins analogues contenant les renseignements réunis sur place sont diffusés par la Station d'Informations épidémiologiques de Singapour et par le Bureau régional de la Méditerranée orientale d'Alexandrie, puis relayés par un réseau de stations très étendu (voir la carte 4 qui figure à la page 47). Ce réseau a été amélioré, sans frais supplémentaires pour l'Organisation, par l'installation au poste émetteur de Genève-Prangins d'un matériel nouveau qui assure une meilleure réception des messages, notamment en Afrique centrale et méridionale. La réception a été satisfaisante tout au long de l'année, sauf dans quelques cas où elle a été gênée par des conditions atmosphériques défavorables.

Des renseignements sur les stations qui transmettent des bulletins épidémiologiques quotidiens de l'OMS sont maintenant publiés régulièrement par l'Union internationale des Télécommunications dans sa Nomenclature des Stations effectuant des Services spéciaux. Les stations réceptrices et les navires en mer peuvent donc disposer d'un horaire parfaitement à jour de ces émissions et les administrations sanitaires sont en mesure de prendre leurs dispositions pour recevoir régulièrement les bulletins radiodiffusés de l'OMS.

Le nouveau code télégraphique épidémiologique (CODEPID), dont le but est de réduire le coût des communications épidémiologiques transmises par télégramme, est actuellement sous presse et sera distribué prochainement. Grâce à la collaboration des administrations sanitaires, l'OMS a pu inclure dans l'index géographique annexé à ce code — et qui contient environ 20.000 rubriques — des renseignements récents sur les circonscriptions administratives et sanitaires de différents pays ; il sera ainsi plus facile de désigner avec précision les circonscriptions locales infectées dans les notifications que prévoit le Règlement sanitaire international.

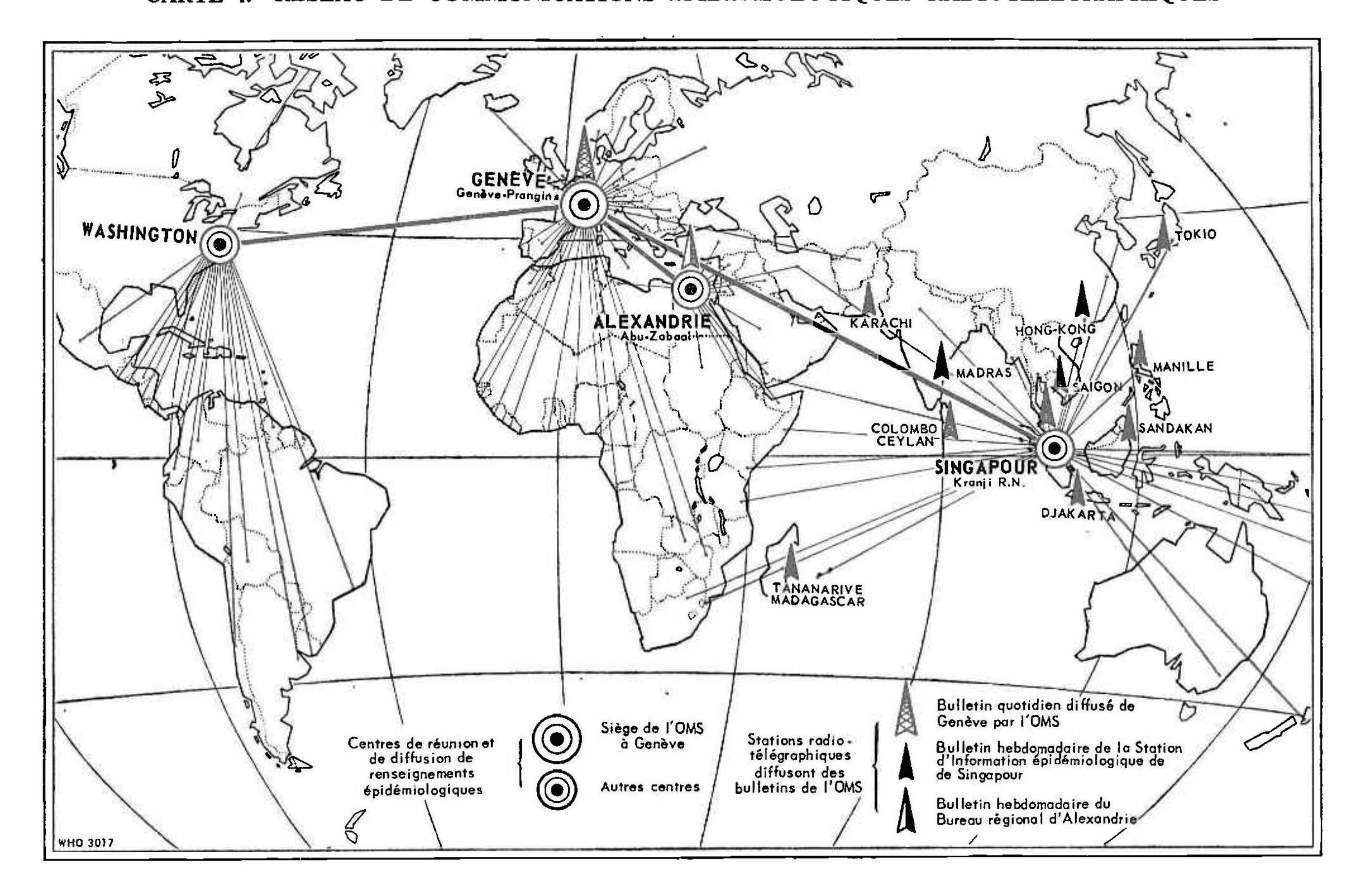
L'établissement du supplément cartographique du CODEPID, grâce auquel les circonscriptions mentionnées dans les câblogrammes épidémiologiques pourront être situées plus aisément, est maintenant en bonne voie et sera vraisemblablement achevé en 1953.

L'OMS a peu à peu complété ses fichiers et ses relevés épidémiologiques, où sont enregistrées, par pays et par maladie, des données quantitatives portant sur plusieurs dizaines d'années. Ces relevés permettront à l'Organisation de fournir aux gouvernements, aux institutions spécialisées des Nations Unies et aux institutions scientifiques des renseignements sur la fréquence et la répartition des maladies transmissibles.

Le *Relevé épidémiologique hebdomadaire* a continué à paraître régulièrement. Il renferme les notifications faites conformément aux règlements sanitaires internationaux ainsi que d'autres informations intéressant le trafic international. Cinq cent quatre-vingts communications sur diverses épidémies (de méningite cérébro-spinale, de grippe et de poliomyélite en particulier) ont également paru dans le *Relevé*.

Les résultats des travaux de statistiques sanitaires ont été publiés pour la plupart dans le *Rapport épidémiologique et démographique;* il s'agit d'une quatrième étude sur l'« Evolution de la mortalité en Europe pendant le vingtième siècle », étude qui traite de la mortalité par cancer et fournit également des données sur huit pays extra-européens ; d'une « Etude de l'influence de la baisse de la mortalité sur l'accroissement de la population », qui a été effectuée à la demande du Conseil Exécutif (résolution EB8. R56) ; d'une étude sur « La fréquence de la lèpre dans le monde » ; d'une étude intitulée « Natalité, mortalité générale, mortalité infantile et néo-natale en 1951 » ; et, en dernier lieu, d'une étude statistique sur les « Décès par cause, selon le sexe et l'âge en Europe et dans quelques pays extra-européens ». Le *Rapport* contient également sept études traitant de l'épidémiologie, de la fréquence et de la répartition géographique de la méningite cérébro-spinale, du choléra, de la diphtérie, de la rougeole, de la coqueluche, de la poliomyélite et de la scarlatine, ainsi que 28 tableaux statistiques indiquant (par mois ou par périodes de quatre semaines) le nombre de cas et de

CARTE 4. RÉSEAU DE COMMUNICATIONS ÉPIDÉMIOLOGIQUES RADIOTÉLÉGRAPHIQUES



décès dus à 21 maladies quarantenaires et non quarantenaires.

La Partie II des *Statistiques épidémiologiques et démographiques annuelles, 1939-1946*, qui a paru au début de mai, donne les chiffres définitifs de la morbidité et de la mortalité dues à 31 maladies contagieuses dans le monde entier, ainsi que des tableaux de maladies soumises à déclaration obligatoire dans divers pays. La Partie I des *Statistiques épidémiologiques et démographiques annuelles, 1947-1949*, qui a également paru en mai, renferme 175 tableaux fournissant, par pays et pour certaines villes, des renseignements sur l'état de la population, le mouvement de la population, les causes de décès classées selon le sexe et quelques données intéressant les tables de mortalité ; la Partie II a été rédigée et envoyée à l'impression au cours du deuxième semestre de l'année. Ces statistiques font suite au dernier *Rapport épidémiologique annuel* publié par l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations, qui contenait les statistiques afférentes à 1938, en sorte que la continuité des séries statistiques a été rétablie.

Comme suite aux études qui avaient été commencées en 1951, on a procédé, au début de 1952, à une étude des statistiques concernant les installations hospitalières, le personnel médical et de santé publique, ainsi que certaines mesures d'hygiène publique, telles que les vaccinations contre diverses maladies transmissibles.

Parmi les autres publications parues durant l'année, il y a lieu de signaler : les éditions espagnole et française du Volume 2 (index alphabétique) du *Manuel de Classement statistique international des Maladies, Traumatismes et Causes de Décès;* les éditions anglaise et française d'une brochure intitulée « Le certificat médical de la cause de décès », qui donne aux médecins des instructions sur la façon de remplir le certificat international de la cause de décès ; et une brochure intitulée « Comparabilité des statistiques des causes de décès selon la cinquième et la sixième revision de la nomenclature internationale », dont le but est de signaler quelques-unes des différences qui seront vraisemblablement observées dans les taux de mortalité par suite des modifications apportées à la sixième revision.

Un colloque régional d'enseignement sur les statistiques démographiques et sanitaires a eu lieu à Tokio du 4 août au 20 septembre sous le patronage commun de l'OMS, des Nations Unies et du Gouvernement japonais. C'était le quatrième colloque organisé par l'OMS et les Nations Unies dans différentes parties du monde avec la collaboration de gouvernements. Cette réunion avait pour objet d'initier du personnel aux méthodes et aux techniques des statistiques

démographiques et sanitaires, de donner des renseignements sur les classements et les définitions adoptées sur le plan international, de favoriser la coordination entre les organismes nationaux chargés de l'enregistrement des statistiques démographiques et de stimuler les échanges d'informations entre statisticiens.

L'OMS a envoyé à ce colloque deux chargés de cours ainsi qu'un spécialiste des questions administratives et financières. Elle a également accordé des subventions pour frais de voyage et attribué des bourses d'études régionales, dont 4 à des ressortissants japonais et 11 à des personnes originaires de 6 autres pays ou territoires de la Région, qui assistaient à ce colloque. L'OMS et les Nations Unies ont procuré de la documentation, du matériel d'enseignement et d'autres fournitures et ont, d'autre part, pris à leur charge les frais de certains voyages organisés dans le cadre du colloque.

La formation dispensée par les colloques ne suffit évidemment pas à garantir l'amélioration des services de statistiques ; en effet, cette amélioration exige aussi l'appui des gouvernements. Mais le colloque susmentionné, en réunissant des représentants du personnel supérieur de différents pays et des experts internationaux, a permis de formuler de nombreuses suggestions pratiques, qui seront sans doute des plus utiles aux gouvernements désireux de développer leurs services de statistiques sanitaires.

L'OMS a continué à collaborer, à propos de divers problèmes statistiques, avec les services compétents de l'Organisation des Nations Unies. Elle a participé à un colloque international sur l'organisation des services de statistiques, qui s'est tenu à Ottawa en octobre pour examiner les problèmes relatifs aux statistiques nationales et les moyens propres à améliorer celles-ci. D'autre part, en novembre, à Genève, elle a assisté avec l'Organisation des Nations Unies à la première session d'une commission préparatoire de la Conférence mondiale de la Population, qui aura lieu en 1954 sous les auspices des Nations Unies.

Comme au cours des années précédentes, des informations ont été échangées en 1952 entre les commissions nationales de statistiques démographiques et sanitaires de différents pays. L'OMS a communiqué à ces commissions quelques-unes des recommandations figurant dans le troisième rapport du Comité d'experts des Statistiques sanitaires.[5] L'Organisation a également distribué cinq documents de la Série des Commissions nationales. Il convient de signaler par ailleurs qu'une nouvelle commission nationale a été créée en Israël le 1er juin.

La division compétente a donné des avis sur des questions de statistique aux Bureaux régionaux du Pacifique occidental, de l'Asie du Sud-Est et de l'Europe, à l'occasion de visites faites dans ces régions et à d'autres services du Siège. Elle a en outre adressé de nombreux renseignements à des organismes et à des particuliers qui en ont fait la demande.

---

[5] *Org. mond. Santé: Sér. Rapp. techn.* 1952, **53**

CHAPITRE 6

MÉDICAMENTS ET AUTRES SUBSTANCES THÉRAPEUTIQUES

Standardisation biologique

Avant d'évoquer en détail l'activité déployée par l'OMS dans ce domaine en 1952, il n'est pas sans intérêt de récapituler brièvement les progrès réalisés en matière de standardisation biologique au cours des trente dernières années. L'année 1952 a été celle du trentième anniversaire de l'adoption du premier étalon biologique international, l'étalon d'antitoxine diphtérique. Ce fut l'une des premières mesures prises par l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations. L'œuvre ainsi commencée et qui, depuis lors, n'a cessé de gagner de l'ampleur, s'est même poursuivie, quoique à un rythme ralenti, pendant la deuxième guerre mondiale. Après quoi la Société des Nations a confié à l'Organisation Mondiale de la Santé le soin de la continuer. Cet anniversaire offre donc une excellente occasion de dresser le bilan des progrès accomplis et de dégager les tendances qui se dessinent actuellement dans le domaine de la standardisation biologique.

Les étalons biologiques diffèrent des étalons de poids et de mesure sur deux points importants : 1) il est constamment nécessaire d'établir de nouveaux étalons biologiques pour de nouvelles substances, et 2) il convient de temps à autre de renouveler le stock des étalons de substances déjà connues.

Pour les poids et les mesures il suffit d'un nombre limité d'étalons. Il suffirait théoriquement de posséder un kilogramme-étalon et un mètre-étalon pour pouvoir procéder aux innombrables mensurations qu'implique dans une société civilisée la construction d'ouvrages de toutes sortes, l'exploitation de moyens de transport et de communication et la production des biens matériels. Il n'en va pas de même des étalons biologiques. Ainsi, une préparation-étalon d'insuline introduit un facteur de précision dans la production et l'emploi de l'insuline, mais de l'insuline seulement, et ne présente aucune utilité en ce qui concerne la production de la pénicilline, des sérums antitoxiques et des autres substances thérapeutiques. D'où la nécessité de disposer de toute une gamme d'étalons biologiques distincts, dont le nombre, déjà considérable, ne cesse de croître au fur et à mesure que progresse la médecine. En outre, si le mètre-étalon et le kilogramme-étalon peuvent être pratiquement considérés comme inusables, la préparation-étalon d'insuline, comme toute autre substance biologique, s'épuise inévitablement avec le temps. On est, en effet, obligé d'en sacrifier une petite quantité chaque fois qu'on l'emploie — ce qui est sa raison d'être — lors d'un titrage comparatif visant soit à établir un sous-étalon, soit à préparer un produit similaire destiné à être incorporé dans un produit pharmaceutique fini.

L'œuvre accomplie par l'OMS durant l'année écoulée reflète ces deux caractères des étalons biologiques : l'on a créé de nouveaux étalons et renouvelé les stocks d'étalons existants qui étaient presque épuisés.

Le graphique qui figure ci-après donne une idée de l'accroissement enregistré à certaines dates au cours des trente dernières années dans quatre grandes catégories d'étalons internationaux, à savoir : *a*) sérums et antigènes thérapeutiques et prophylactiques ; *b*) sérums et antigènes de diagnostic ; *c*) médicaments autres que les antibiotiques ; *d*) antibiotiques.

Les dates choisies sont les suivantes : 1922 — l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations commence ses travaux de standardisation internationale ; 1932 — fin de la première décade ; 1939 et 1945 — début et fin de la deuxième guerre mondiale ; et 1952 — fin de la troisième décade. Certains étalons internationaux sont, d'après le graphique, « en préparation ». En fait, cette préparation est déjà fort avancée et des rapports détaillés sur l'état d'avancement des travaux ont déjà été publiés. Aucune mention n'a été faite des étalons dont l'élaboration n'a pas dépassé le stade de la discussion.

Le graphique permet notamment de faire les constatations suivantes :

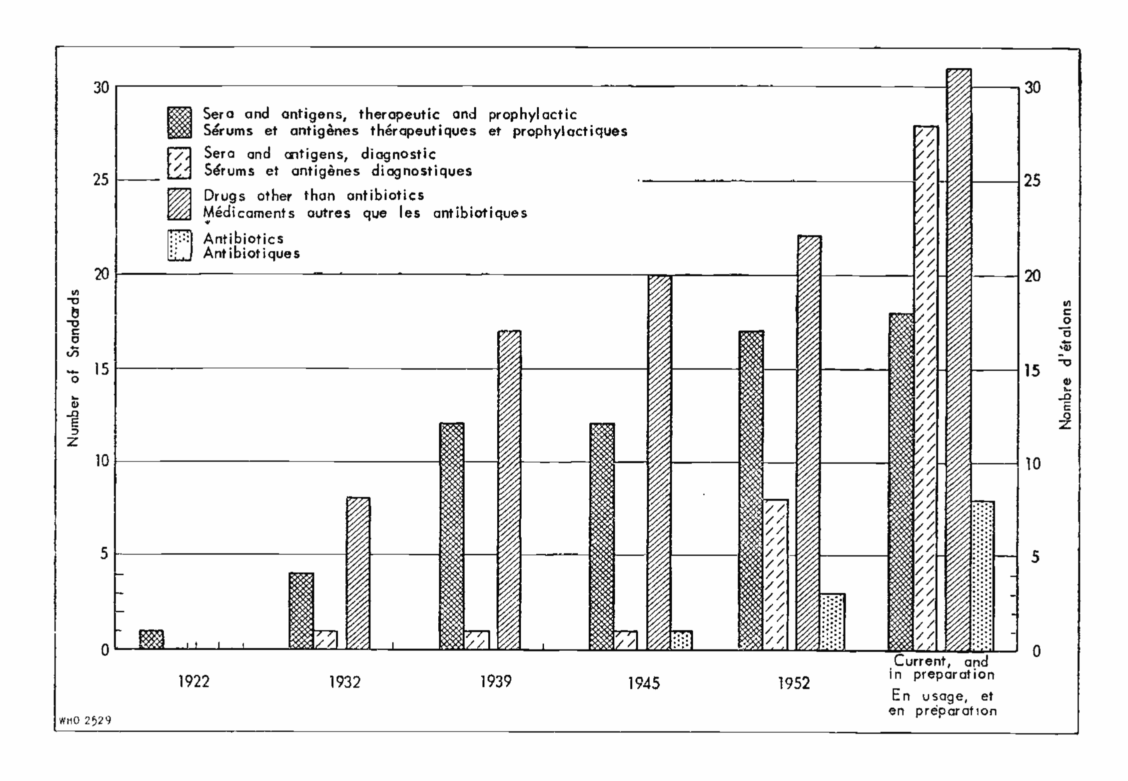
1) Depuis 1922, le nombre des étalons internationaux a augmenté constamment, sauf pendant la guerre, et cette évolution ne fait que s'accentuer. En 1939, il y avait 30 étalons seulement ; ce nombre est aujourd'hui passé à 50 (compte non tenu de 3 étalons qui ont été abandonnés récemment) et il s'élèvera bientôt à 88 lorsque les étalons en préparation auront été achevés.

2) Si la deuxième guerre mondiale a eu pour corollaire un ralentissement du rythme de préparation de nouveaux étalons, elle a été marquée en revanche par un événement de la plus haute importance en matière de standardisation biologique : il s'agit de l'établissement de l'étalon international

de pénicilline, peu après l'introduction de la mycothérapie, qui marque une époque de la médecine. Le graphique montre comment la standardisation des antibiotiques a, depuis lors, pris une importance de plus en plus grande.

3) Autre fait marquant, le nombre des étalons de diagnostic a considérablement augmenté depuis 1945. Jusque là, il n'existait pratiquement aucun étalon de cette sorte puisque, sur 34 préparations-étalons, seule la Vieille Tuberculine était utilisée à des fins de diagnostic (tuberculose). A la fin de 1951, le nombre des étalons de diagnostic avait augmenté si rapidement que ces substances représenteront près d'un tiers des 88 étalons dont on disposera sous peu.

TRENTE ANS D'ACTIVITÉ INTERNATIONALE EN STANDARDISATION BIOLOGIQUE



L'activité déployée dans le domaine qui nous occupe (établissement, conservation et distribution d'étalons internationaux) est en grande partie le fait de deux centres internationaux qui existent de longue date : le National Institute for Medical Research, de Londres, et le Statens Seruminstitut, de Copenhague.

Nouveaux étalons internationaux

Une nouvelle préparation-étalon internationale de sérum anti-*Brucella abortus* a été établie ; elle sera largement employée pour déterminer la fréquence et la gravité de la brucellose tant chez l'homme que chez les animaux domestiques. Cette préparation possède une activité équivalente à celle d'un étalon qui a été détenu pendant de nombreuses années, pour le compte de l'Office international des Epizooties, par le Weybridge Veterinary Laboratory du Ministry of Agriculture and Fisheries (Angleterre et Pays de Galles). Les lots du nouvel étalon seront conservés en partie par le Statens Seruminstitut et en partie par le Weybridge Laboratory. L'OMS a été grandement aidée dans l'établissement de cette préparation par la FAO, qui lui apporte également son concours pour la préparation d'une série d'autres étalons internationaux destinés au diagnostic des zoonoses tant chez l'homme que chez les animaux domestiques.

Un autre sérum-étalon qui a été adopté officiellement est l'étalon international provisoire de sérum antityphoïdique. Ce sérum était employé à l'origine pour la préparation de sérums thérapeutiques et sera vraisemblablement utilisé pour la standardisation des vaccins antityphoïdiques.

D'autre part, un étalon international d'antitoxine streptococcique de la scarlatine a été établi. Une difficulté s'est présentée lorsqu'il s'est agi d'attribuer une concentration unitaire à cet étalon, étant donné que l'unité officiellement utilisée au Canada a une activité environ deux fois moindre que celle de l'unité des NIH (National Institutes of Health) employée aux Etats-Unis d'Amérique. Il a été convenu que

l'unité internationale devrait se rapprocher le plus possible de celle des NIH.

Il y a lieu également de signaler l'établissement d'un étalon international de dimercaprol. Le dimercaprol est la substance, primitivement désignée par les initiales BAL (British Anti-Lewisite), qui a été découverte au cours de la première guerre mondiale pour servir d'antidote contre les lewisites et autres gaz de combat arsenicaux. Elle s'est révélée depuis lors être un antidote utile pour diverses formes d'empoisonnement survenant en temps de paix. Bien qu'elle soit employée pour combattre les effets toxiques d'autres substances, elle n'est pas elle-même dépourvue de toxicité et l'étalon international qui a été établi servira à parer à cet inconvénient.

En 1951 avait été établi un étalon international de tuberculine PPD de mammifères (dérivé protéinique purifié), mais il restait encore à en fixer la concentration unitaire, ce qui a été fait entre temps. Le PPD est destiné à remplacer la Vieille Tuberculine dont l'emploi remonte à de nombreuses années ; il permettra d'ailleurs un diagnostic beaucoup plus précis (tout en présentant moins d'inconvénients pour le malade traité) et facilitera ainsi sensiblement les campagnes antituberculeuses.

Remplacement des étalons internationaux

Grâce à l'établissement du troisième étalon international d'insuline et du deuxième étalon international de pénicilline, la standardisation internationale de deux des produits les plus importants utilisés actuellement en médecine pourra se poursuivre sans solution de continuité.

Transport international des produits biologiques

Les retards qui peuvent survenir dans l'acheminement des produits biologiques d'un pays à l'autre constituent l'une des principales préoccupations des spécialistes de la standardisation biologique. Si l'on ne prend pas soin de conserver les étalons biologiques dans des conditions rigoureusement définies, notamment en ce qui concerne la réfrigération, ces substances risquent de se détériorer, ce qui peut souvent arriver lorsque leur transport subit des retards importants. Conformément à la résolution adoptée par le Conseil Exécutif au cours de sa septième session, l'OMS a étudié cette question avec l'Union Postale Universelle. Le deux organisations ont pris des dispositions pour déterminer les difficultés particulières au transport international des produits biologiques, afin de pouvoir ensuite les résoudre

Produits pharmaceutiques : préparations-étalons et nomenclature

La première édition du Volume I de la *Pharmacopoea Internationalis* a paru en anglais et en français à la fin de 1951. Depuis lors, l'OMS s'est attachée à préparer le Volume II ; les personnalités inscrites au Tableau d'experts de la Pharmacopée internationale et des Préparations pharmaceutiques se sont employées activement à l'établissement d'épreuves d'identité et de pureté pour les substances destinées à y figurer. De nombreux passages du texte ont fait l'objet de remarques et ont été approuvés aussi bien par correspondance que lors de deux sessions du Comité d'experts de la Pharmacopée internationale. Des consultations ont eu lieu avec d'autres comités d'experts de l'OMS, notamment avec le Comité d'experts pour la Standardisation biologique, et avec d'autres organisations internationales au sujet de divers problèmes concernant les épreuves physico-chimiques, les titrages biologiques, les formules, la posologie et les nouvelles méthodes de contrôle analytique. L'Association médicale mondiale a donné d'utiles conseils en ce qui concerne les tableaux des doses usuelles pour adultes et pour enfants.

Les monographies que contiendra le Volume II porteront sur divers antibiotiques (benzyl-pénicilline, streptomycine, dihydro-streptomycine, auréomycine, chloramphénicol et terramycine), sur des préparations biologiques y compris les préparations d'insuline, sur des comprimés, sur des solutés injectables, sur des teintures et sur de nouveaux produits chimiques organiques synthétiques. Dans ce volume figureront également des appendices sur les tests de contrôle ainsi qu'une section sur la cardiolipine et la lécithine utilisées pour le séro-diagnostic de la syphilis. Les épreuves de 196 monographies et de 9 appendices avaient déjà été tirées à la fin de l'année, et l'on met la dernière main à la rédaction de 26 autres monographies et de 18 autres appendices. Avec les 199 monographies et 43 appendices qui figurent déjà dans le Volume I on disposera ainsi d'un répertoire complet de normes unifiées pour les substances thérapeutiques les plus importantes utilisées dans tous les pays.

Le Volume I de la *Pharmacopoea Internationalis* a fait l'objet de commentaires les plus élogieux dans la presse médicale et pharmaceutique du monde entier. Son utilité sera plus grande encore lorsque des versions espagnole et allemande en auront été publiées. On prépare des monographies sur 29 médicaments nouveaux et 7 appendices qui seront publiés sous forme d'addendum, en même temps que les modifications apportées aux tests de diverses substances dont traitent des monographies figurant dans les Volumes I et II. On a d'autre part commencé à reviser le Volume I en vue de la publication d'une deuxième édition.

Un certain nombre de pays et de commissions nationales de pharmacopée ont déjà exprimé leur intention d'inclure la totalité ou une partie des

dispositions de la *Pharmacopoea Internationalis* dans leur pharmacopée officielle. Un Etat Membre a même décidé de l'adopter comme pharmacopée officielle.

La *Pharmacopoea Internationalis* ne saurait, juridiquement parlant, entrer en conflit avec les pharmacopées nationales, car elle n'aura de caractère officiel dans un pays que dans la mesure où le gouvernement de ce pays en aura ainsi décidé. Comme toutefois certaines de ses prescriptions diffèrent de celles qui figurent dans les Arrangements internationaux pour l'unification de la formule des médicaments héroïques, signés à Bruxelles les 29 novembre 1906 et 20 août 1929, il a été convenu que lesdits arrangements seraient abrogés. Un protocole à cet effet, soumis aux pays qui étaient parties à ces accords, a été signé à Genève le 20 mai 1952 par les représentants de 16 pays. Il entrera en vigueur lorsque dix Etats parties aux deux arrangements de Bruxelles ou à l'un d'eux seulement l'auront ratifié. Ainsi se trouve levé le dernier obstacle juridique qui pouvait s'opposer à l'adoption universelle de la Pharmacopée internationale.

On a continué à choisir et à adopter des dénominations communes internationales pour les nouvelles substances thérapeutiques. Le Sous-Comité des Dénominations communes a collaboré à ce travail ainsi que divers groupements, commissions de pharmacopée et autres organismes intéressés. L'OMS reçoit maintenant des renseignements sur les médicaments nouveaux et des propositions concernant leur nom, en général avant qu'ils aient reçu une dénomination officielle dans le pays d'origine. Ainsi est assurée l'application des dénominations communes internationales fixées par l'OMS et évitée la confusion qui résulterait de l'existence de dénominations multiples pour un même médicament. Les dénominations communes sont choisies selon les principes établis par l'OMS et admis par les Etats Membres, la priorité étant donnée aux propositions émanant des autorités intéressées du pays d'origine du produit. Cent trente-neuf nouveaux médicaments ont reçu une dénomination commune internationale au cours de l'année. En 1952, l'OMS a communiqué à deux reprises aux Etats Membres les dénominations choisies et les a priés de faire le nécessaire pour qu'elles soient officiellement reconnues comme dénominations communes et pour qu'elles ne soient pas utilisées à des fins illicites. Il résulte des réponses reçues que de nombreux gouvernements prennent actuellement des mesures, parfois même par voie législative, en vue d'adopter la plupart de ces dénominations et de les utiliser officiellement tant sur les étiquettes de médicaments que dans leur pharmacopée nationale.

L'OMS s'est maintenue en rapports avec l'Union internationale pour la Protection de la Propriété industrielle, qui collabore à la protection internationale des dénominations communes.

En exécution de la résolution EB7.R79 du Conseil Exécutif, l'OMS a poursuivi l'étude des règlements et méthodes auxquels les administrations sanitaires ont eu recours pour le contrôle des médicaments dans l'intérêt de la santé publique et du commerce international. Elle a obtenu des renseignements à ce sujet auprès de plusieurs membres inscrits au tableau d'experts et a réuni d'autres informations en prévision d'une conférence sur le contrôle des préparations pharmaceutiques.

Enfin, l'OMS a attribué en 1952 un certain nombre de bourses en vue d'études pharmaceutiques. La plupart de ces bourses ont été accordées à des fonctionnaires qui s'occupent du contrôle des médicaments dans les laboratoires de pharmacopée et de contrôle de divers pays ainsi que dans d'autres instituts de contrôle et de recherches.

Drogues susceptibles d'engendrer la toxicomanie

Le Comité d'experts des Drogues susceptibles d'engendrer la Toxicomanie a tenu sa troisième session à Genève en janvier 1952. Conformément aux recommandations formulées dans le rapport du comité,[1] le Directeur général a adressé trois notes au Secrétaire général des Nations Unies : l'une concernait le non-assujettissement de six préparations d'Ipécopan au contrôle prévu dans la Convention de 1925 ; une autre recommandait de ranger la β-morpholinyléthyl-4 morphine dans le Groupe II (article 1, paragraphe 2) de la Convention de 1931 ; la troisième signalait l'aptitude d'une série de substances synthétiques à action morphinique, et de leurs sels, à engendrer la toxicomanie au sens de l'article 1, paragraphe 2, du Protocole du 19 novembre 1948, et demandait que ces substances fussent en conséquence assujetties aux dispositions établies par la Convention de 1931 pour les drogues spécifiées à l'article 1, paragraphe 2, Groupe 1. Le comité a estimé d'autre part que tous les sels de dihydrocodéine et d'acétyldihydrocodéine doivent être soumis au régime institué pour le Groupe II (article 1, paragraphe 2) de ladite convention.

Parmi les dérivés de la morphine, le comité a voué une attention particulière à la *N*-Allyl-nor-morphine, qui semble être un antidote très efficace contre l'intoxication aiguë par la morphine ou par des substances synthétiques à action morphinique.

L'enquête sur l'emploi et l'utilité de la diacétylmorphine (héroïne), dont il a été question dans des rapports annuels antérieurs, s'est poursuivie. Il ressort de l'analyse des réponses reçues qu'à la

[1] *Org. mond. Santé: Sér. Rapp. techn.* 1952, **57**

date de la réunion du comité d'experts, cinquante Etats Membres avaient cessé d'utiliser en thérapeutique la diacétylmorphine ou étaient disposés à y renoncer. Estimant que l'interdiction totale de fabriquer la diacétylmorphine faciliterait la campagne contre l'usage illicite qui en est fait, le comité a recommandé que de nouvelles démarches soient entreprises auprès des Etats qui n'avaient pas répondu à l'enquête ou qui n'estimaient pas encore possible d'abolir l'usage médical de cette substance. L'enquête fut donc reprise ; il ressort des réponses reçues à la fin de 1952 que cinquante-trois Etats Membres étaient en faveur de l'interdiction et neuf contre. Toutes autres informations qui parviendraient ultérieurement à ce sujet seront soumises à la Sixième Assemblée Mondiale de la Santé.

La possibilité de transformer, à l'échelle industrielle, la codéine en morphine a, d'autre part, retenu l'attention durant l'année écoulée. Cette possibilité, bien que connue depuis près de vingt ans de quelques spécialistes, n'avait pas été divulguée. Or, la méthode de transformation a été maintenant publiée et la question fait l'objet d'une étude. Si cette transformation s'avère réellement possible à l'échelle industrielle, il y aura lieu peut-être de modifier dans les conventions internationales les dispositions relatives à la codéine. L'OMS suit cette question de près et fera part de ses conclusions au Comité central permanent de l'Opium.

Les nouvelles substances synthétiques dont les effets sont analogues à ceux de la morphine ont été étudiées attentivement durant l'année, notamment en ce qui concerne l'action différente des isomères optiques de l'hydroxy-3 *N*-méthylmorphinane et du méthoxy-3 *N*-méthylmorphinane ; les services de l'OMS ont pris contact à ce sujet avec des spécialistes s'occupant des questions relatives à la production de dérivés de la morphine et de drogues à action morphinique.

L'OMS a continué à collaborer étroitement avec le Comité central permanent de l'Opium et avec l'Organe de Contrôle des Stupéfiants des Nations Unies, dont il a été question dans les rapports annuels antérieurs, et a donné des avis sur de nombreuses questions.

L'Organisation s'est fait représenter à la septième session de la Commission des Stupéfiants du Conseil Economique et Social, qui a eu lieu à New-York du 15 avril au 9 mai. Un représentant de l'OMS a participé aux discussions concernant le rôle dévolu à l'OMS dans l'examen d'une partie du projet de convention unique sur les stupéfiants que prépare actuellement l'Organisation des Nations Unies, ainsi qu'aux échanges de vues sur la mastication de la feuille de coca, dont l'usage est répandu dans certains pays de l'Amérique du Sud, son influence sur la santé et son aptitude à engendrer la toxicomanie ; ils ont pris part enfin aux débats concernant les substances synthétiques à action morphinique et leur contrôle international.

Sur recommandation de l'OMS, une liste supplémentaire de produits assujettis au contrôle international et nécessaires à l'exécution du programme de l'Office de Secours et de Travaux des Nations Unies pour les Réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient a été acceptée par l'Organe de Contrôle des Stupéfiants.

Des échanges de vues ont eu lieu avec certains gouvernements au sujet des préparations de morphine ayant des effets prolongés, de l'application des conventions internationales sur l'opium, de la suppression des préparations de cannabis dans les pharmacopées et de l'interdiction de leur vente en pharmacie.

Un membre du Secrétariat du Siège a assisté à une réunion convoquée au Bureau régional de la Méditerranée orientale pour organiser le colloque sur la santé mentale qui aura lieu dans la Région en 1953. Traitant de la question du hachisch, il a indiqué quelle était à ce point de vue la situation internationale et exposé les problèmes soulevés par cette drogue dans la Région, et il a présenté un bref rapport sur la production internationale d'opium et sur les efforts entrepris pour réprimer l'emploi illicite de l'opium et de ses produits.

L'OMS a donné, durant l'année, des avis au Gouvernement de la Libye sur l'essai des préparations de hachisch. Des conférences sur des questions relatives à la toxicomanie et sur l'œuvre de l'OMS dans ce domaine ont été faites à l'Académie suisse des Sciences médicales, à la Société suisse de Psychiatrie, à la Society for the Study of Addiction à Londres, ainsi qu'à l'Ecole de Santé publique et à l'Institut de Pharmacologie de l'Ecole de Médecine, à Madrid.

CHAPITRE 7

APPROVISIONNEMENT EN MÉDICAMENTS ET EN MATÉRIEL ESSENTIELS

Avis techniques sur la production d'antibiotiques et d'insecticides

Antibiotiques

Conformément aux suggestions du Comité d'experts des Antibiotiques qui s'est réuni en avril 1950, l'OMS a continué en 1952 son programme d'aide aux gouvernements pour la production d'antibiotiques. Les travaux ont progressé rapidement, tant en ce qui concerne l'élaboration des plans d'une fabrique d'antibiotiques que la définition de normes pour le matériel nécessaire et la mise au point d'un programme de formation du personnel. Des progrès ont de même été enregistrés dans la création d'instituts nationaux de recherche, où des spécialistes pourront se familiariser avec la production d'antibiotiques, et dans l'établissement d'un centre chargé de réunir les cultures de référence. Des dispositions ont été prises pour assurer la formation du personnel dans une fabrique d'antibiotiques exploitée à des fins lucratives, et des techniciens compétents ont été recrutés.

Les efforts entrepris au Chili, dans l'Inde et en Yougoslavie en vue d'organiser la production d'antibiotiques ont suscité partout un grand intérêt, et l'on s'est demandé si une activité de ce genre était bien du ressort de l'OMS. Donnant suite à une recommandation du Conseil Exécutif, la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé a approuvé en principe que les activités relatives à la fabrication des antibiotiques fussent, à l'avenir, prises en charge par l'Administration de l'Assistance technique des Nations Unies, cependant que l'OMS continuera à s'occuper des questions spéciales relevant de sa compétence ; en attendant que les gouvernements donnent leur consentement à ce transfert, l'OMS assurera l'exécution des engagements contractés.

La mise au point de modalités de transfert garantissant la continuité des travaux en cours a exigé beaucoup de temps. A l'époque où cette décision fut prise, on avait déjà commencé à construire les bâtiments prévus pour les divers projets et à fournir le matériel nécessaire ; l'OMS avait entrepris de réunir les données techniques indispensables ; on envisageait d'engager du personnel national et on recrutait des spécialistes. Il était donc impossible de procéder immédiatement au transfert sans compromettre l'exécution d'un programme dans une phase particulièrement délicate.

Il paraissait indiqué de fixer une date pour le transfert simultané de l'ensemble des activités, et l'OMS soumit à l'Administration de l'Assistance technique des suggestions concernant la procédure à suivre. Les arrangements relatifs au transfert ont rendu nécessaires des consultations entre le Bureau du Siège de l'OMS et l'Organisation des Nations Unies, et également entre les bureaux régionaux et les gouvernements. A la fin de l'année, un seul des gouvernements intéressés avait donné son approbation formelle et des négociations avaient eu lieu à titre officieux avec les autres. Selon les prévisions, le transfert devait intervenir au début de 1953.

Entre temps, des progrès rapides ont été accomplis dans certains pays. Dans l'Inde, un plan s'élaborait en vue d'assurer non seulement une production économique de pénicilline pour le pays lui-même, mais aussi la création d'un centre important de recherches sur les antibiotiques pour l'ensemble du continent asiatique. A la fin de l'année, le matériel nécessaire pour l'équipement de la fabrique de pénicilline, évalué au total à $850.000, avait été presque entièrement livré. L'aide accordée en l'occurrence comportait l'étude et la mise en place d'installations considérables ainsi que la définition de normes pour un appareillage très varié. A la fin de l'année, les travaux de construction se poursuivaient selon l'horaire établi et dans des conditions très satisfaisantes. Le recrutement du personnel indigène progressait rapidement et toutes dispositions étaient prises en vue d'assurer sa formation dans une fabrique de pénicilline de Belgique, ainsi qu'à l'Istituto Superiore di Sanità, à Rome.

Un spécialiste a visité une fabrique de pénicilline en Yougoslavie, dont la plus grande partie du matériel, fourni par le FISE, est arrivé à la fin de l'année. Des plans ont été établis pour la modernisation des installations et un résumé en a été communiqué, sous forme de mémoire, au personnel yougoslave pour sa gouverne. Une équipe internationale était à pied d'œuvre pour aider à équiper la fabrique et à instaurer des méthodes modernes de production.

Un membre du personnel s'est rendu au Chili en vue de discuter de la modernisation des moyens de production et de proposer des modifications et des adjonctions aux installations. Des prescriptions ont été établies pour le matériel requis, qui sera fourni

par le FISE, et des plans ont été préparés en vue de l'envoi d'experts-conseils appelés à collaborer au programme de modernisation.

Dans ces divers projets, l'aide de l'OMS a porté sur les aspects techniques et scientifiques de la production des antibiotiques plutôt que sur les travaux de construction et d'installation proprement dits.

Insecticides

En raison de l'empressement montré par les gouvernements pour obtenir du Bureau du Siège des avis sur la manière d'organiser la production nationale d'insecticides, l'OMS a dû s'en tenir aux engagements précédemment contractés dans ce domaine. Elle a accordé notamment une aide et donné des avis pour la création de fabriques de DDT dans quatre pays. Des commandes ont en outre été passées pour un outillage d'usine en vue de l'exécution des projets de Ceylan et du Pakistan, et des techniciens ont été envoyés dans ces pays pour y discuter des problèmes d'installation et de questions techniques. A la fin de l'année, le matériel commandé était prêt à être expédié. D'autre part, des soumissions ont été requises pour le matériel destiné aux projets de l'Egypte et de l'Inde et des spécialistes ont été également envoyés dans ces pays afin de régler les détails techniques d'entente avec les gouvernements.

Etant donné la décision de la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé de transférer à l'Administration de l'Assistance technique des Nations Unies les attributions se rapportant à la fabrication d'insecticides — en même temps que celles qui concernent la production d'antibiotiques — il a fallu établir des modalités appropriées en vue d'assurer la prise en charge des projets en cours d'exécution sans nuire à la continuité des travaux.

Envois de fournitures

A mesure que des licences d'exportation lui étaient accordées, l'OMS a acheté et expédié en 1952 des fournitures pour une valeur de $981.000, correspondant à des demandes présentées par des Etats Membres à la fin de 1951, ainsi que d'autres fournitures, représentant au total une valeur de $130.000, dont l'envoi a été demandé par des gouvernements en 1952. Les achats effectués ou en cours pour le compte de l'Office de Secours et de Travaux des Nations Unies pour les Réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient (UNRWAPRNE) se sont élevés à $150.000.

Conformément à la décision du Conseil Exécutif (résolution EB9.R90), une redevance de 3 %, calculée sur le prix net des articles achetés, a été prélevée pour ces services. Cette redevance, qui n'a été exigée que pour les demandes d'achats présentées après la décision du Conseil Exécutif, a produit au total $14.562 ; elle n'a pas été perçue sur les achats effectués pour le compte de l'UNRWAPRNE, l'accord conclu avec cet organisme [1] ayant été considéré comme excluant une taxe de cette nature.

Au total, 1.270 commandes d'une valeur globale de $848.000 ont été passées d'octobre 1951 à la fin de septembre 1952, en vue de l'exécution de programmes financés avec les fonds du budget ordinaire ou de l'assistance technique. La valeur moyenne des commandes a été de $668, et elles portaient en moyenne sur sept articles.

L'OMS a examiné durant l'année un certain nombre de changements apportés à l'outillage, a procédé à l'essai de prototypes établis à la suite des recommandations qu'elle avait formulées et a pris des mesures pour faire expérimenter sur place certains des nouveaux modèles. En outre, l'attention des fabricants a été attirée sur les normes considérées comme indispensables pour certains produits.

La préparation de listes-types de matériel de base destiné aux projets de démonstrations s'est poursuivie, et les listes précédemment établies ont été revisées à la lumière des constatations faites dans la pratique.

Les informations que l'OMS a obtenues auprès des gouvernements sur les besoins des services publiques en insecticides se sont révélées utiles, tant pour les administrations nationales appelées à délivrer les licences d'exportation et pour d'autres autorités des pays exportateurs, que pour le Conseil Economique et Social et le groupe de travail chargé par lui d'étudier l'offre et la demande de DDT et de HCH. Les gouvernements des Etats Membres ont été invités à faire parvenir des estimations de leurs besoins en 1952 et en 1953, afin que l'OMS puisse continuer à disposer d'informations comparables.

Les prix des fournitures et du matériel de caractère médical nécessaire pour l'exécution des programmes de santé publique relevant de l'OMS ont subi des modifications. Les prix de certains insecticides très largement utilisés, en particulier le DDT et le HCH, ont nettement baissé depuis le printemps de 1952 ; cette baisse pourrait toutefois n'être que temporaire. Aux Etats-Unis d'Amérique, les prix des antibiotiques ont également subi une réduction notable, ce qui a influé sur d'autres marchés. D'une façon générale, les prix des médicaments et des produits pharmaceutiques n'ont pas sensiblement varié, mais il a été plus facile de se les procurer en Europe et la livraison en a été plus rapide.

De même, il a été possible, en Europe, de se procurer plus aisément le matériel nécessaire, et les prix, à de rares exceptions près, sont demeurés à

[1] Voir texte de cet accord dans *Actes off. Org. mond. Santé*, **35**, annexe 3.

peu près stables. Aux Etats-Unis d'Amérique, par contre, la hausse est déclenchée et il a fallu compter avec des délais de livraison plus longs.

Conformément à l'accord conclu en novembre 1950, l'OMS a continué de collaborer avec la Cooperative for American Remittances to Europe, Inc. (CARE) qui, comme l'indique le Rapport annuel de 1951, a étendu son activité à des Régions autres que celle de l'Europe. Le CARE a recueilli des fonds en vue de doter des établissements d'Egypte et de l'Inde de poumons d'acier pour le traitement de personnes atteintes de poliomyélite, et il distribue dans la Région de l'Asie du Sud-Est des trousses de sages-femmes. Il a également recueilli des fonds au moyen desquels il procure des layettes aux futures mères en Israël ; mais le CARE a informé l'OMS que le Ministère des Finances d'Israël lui a refusé l'exemption des droits de douane. Les négociations entreprises pour obtenir cette faveur se poursuivent.

L'OMS a examiné un grand nombre de demandes dans lesquelles différentes institutions sollicitaient l'aide du CARE et chaque fois que ces demandes semblaient justifiées, l'OMS les a transmises au CARE. Jusque-là le CARE s'est consacré surtout à des projets d'une portée générale, mais il faut espérer qu'en 1953 il pourra accorder plus d'attention aux requêtes individuelles.

CHAPITRE 8

SERVICES D'ÉDITION ET DE DOCUMENTATION

On peut dire que, pendant l'année considérée, l'activité de l'OMS dans le domaine de la documentation médicale internationale a atteint son plein développement. Des enquêtes administratives approfondies ont été achevées vers le milieu de l'année dans les services d'édition, de traduction et de bibliothèque. Elles ont permis d'améliorer l'organisation de ces services et leurs méthodes de travail, de définir plus nettement leurs responsabilités et leurs relations mutuelles et d'évaluer avec plus de précision les besoins en personnel. Des bases solides ont été posées sur lesquelles il sera possible d'édifier un service de documentation complet, assurant aussi bien la préparation de bibliographies sur des sujets spéciaux que la publication de monographies dans les deux langues de travail de l'Organisation.

Dans toutes les branches de cette activité, on s'est particulièrement attaché à développer l'utilité pratique des services, soit en améliorant la distribution des publications, soit en donnant satisfaction aux demandes de renseignements bibliographiques ou autre documentation adressées à l'Organisation par les administrations et les établissements sanitaires.

Publications

Le programme des publications établi par la Troisième et la Quatrième Assemblée Mondiale de la Santé a été appliqué intégralement au cours de l'année, et développé en fonction des propositions que le Conseil Exécutif a formulées à sa neuvième session, lors de l'étude spéciale consacrée aux publications, et qui ont été entérinées par la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé.

Une de ces propositions préconisait l'utilisation d'une partie du fonds de roulement des publications pour accroître la vente de celles-ci en signalant leur parution à tous ceux qui, dans le monde entier, s'intéressent aux questions dont elles traitent ; cette recommandation manifeste la volonté de l'OMS d'assurer une distribution efficace de ses publications, afin qu'elles puissent pleinement répondre à leur objet.

Dans ses efforts pour améliorer la distribution et les ventes et pour éviter les doubles emplois, l'OMS a collaboré avec les Nations Unies et d'autres institutions spécialisées au sein du Groupe technique de travail pour les publications institué par le Comité administratif de Coordination ; elle a notamment pris une part active aux travaux de la troisième session de cet organisme, qui s'est tenue à Paris au mois de février. La réunion a été presque entièrement consacrée à la discussion des problèmes communs de distribution et de vente. Siégeant à New-York le 10 octobre, le Comité administratif de Coordination a examiné le rapport du groupe de travail et conclu à l'utilité de ces rencontres, quelque restreints que soient les domaines où une coordination peut être envisagée. Bien que les méthodes de vente ne puissent être identiques dans les diverses organisations, en raison des différences que présente la nature même de leurs publications et les catégories de lecteurs auxquels elles s'adressent, les institutions intéressées ont néanmoins prévu des dispositions utiles pour la fixation des prix et des remises. Toutefois, il s'agit là de questions pour lesquelles la coordination ne pourra évidemment progresser qu'après des études approfondies.

A la suite de réunions antérieures du Groupe technique de travail pour les publications, des discussions fréquentes ont eu lieu entre les Secrétariats de l'UNESCO et de l'OMS sur les problèmes de distribution et de vente. Ces conversations ont abouti, sur demande officielle de l'OMS au Directeur général de l'UNESCO, à une visite du Chef de la Division des Ventes et de la Distribution du Service des Documents et Publications de l'UNESCO, au Siège de l'OMS, où il a examiné le cas des publications de l'Organisation et formulé un avis à ce sujet. Ces consultations entre institutions se sont avérées des plus utiles, car elles ont permis de mettre au point des mesures permettant d'améliorer la diffusion des publications de l'OMS.

Un manuel d'édition provisoire a été rédigé en vue d'assurer une meilleure coordination entre les différents services du Siège chargés de préparer et d'éditer les publications de l'OMS. Ce manuel codifie les règles détaillées qui ont été établies au cours des premières années d'application du programme des publications de l'OMS ; il contient également les termes et les signes conventionnels internationalement admis. On espère qu'il pourra ultérieurement — sous réserve de modifications appropriées — servir d'ouvrage de référence à un certain nombre de périodiques nationaux de médecine et de santé publique, et qu'il contribuera ainsi à uniformiser les usages en matière de terminologie, d'abréviations et d'annotations bibliographiques.

Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé

Par sa résolution WHA3.63, la Troisième Assemblée Mondiale de la Santé a décidé que le *Bulletin* paraîtrait mensuellement et qu'il importait « de mettre aussitôt que possible en pratique ce rythme de publication, en principe à partir de 1952 ». Conformément à cette résolution, douze numéros avaient paru ou étaient sous presse à la fin de l'année. Ce nombre comprend un double numéro spécial, contenant dix-huit des communications présentées au premier symposium international de chimie microbiologique, qui a eu lieu à Rome au mois de juin 1951, un numéro entièrement consacré à la tuberculose et un numéro sur les maladies vénériennes.

Indépendamment de ce symposium, d'autres activités importantes de l'OMS ont fait l'objet d'articles dans le *Bulletin*. Il y a lieu de citer notamment les articles suivants : un rapport relatif à une enquête sur le kwashiorkor en Afrique, organisée en commun par la FAO et l'OMS ; une étude sur la syphilis endémique en Bosnie, rédigée à l'occasion d'une campagne antisyphilitique nationale à laquelle l'OMS a participé ; et un rapport dans lequel l'équipe de démonstrations antivénériennes, envoyée par l'OMS dans la zone de Ghund (Himachal Pradesh, Inde), expose les résultats du traitement systématique de la syphilis, et auquel sont attachés un certain nombre de rapports sérologiques spéciaux sur les résultats expérimentaux obtenus par divers membres de l'équipe.

Parmi les autres articles publiés dans le *Bulletin* en 1952, il convient de mentionner : une série d'études, par un expert de la peste, qui seront ensuite réunies pour former un manuel de la peste ; un article exposant les résultats de plusieurs études sur la vaccination par le BCG, effectuées par le Bureau de Recherches sur la Tuberculose, Copenhague ; un article traitant de recherches exécutées au Centre mondial de la Grippe de Londres sur l'analyse antigénique des virus de la grippe ; enfin, divers articles sur des maladies transmissibles et quarantenaires, sur la standardisation biologique et sur des questions de santé publique.

Suppléments du Bulletin

En 1952, le Volume 2 du *Manuel de Classement statistique international des Maladies, Traumatismes et Causes de Décès* a paru en français et en espagnol. Les éditions anglaise, française et espagnole de ces deux volumes du *Manuel* sont actuellement disponibles.

La préparation des éditions anglaise et française du Volume II de la *Pharmacopoea Internationalis* s'est poursuivie et l'on compte que l'ouvrage sortira de presse, dans les deux langues, en 1953. La préparation de l'édition espagnole est fort avancée.

Deux autres suppléments ont été publiés en anglais et en français au cours de l'année 1952 : l'un intitulé *Le Certificat médical de la Cause de Décès* (Supplément 3) et l'autre *Comparabilité des statistiques des causes de décès selon la cinquième et la sixième revision de la Nomenclature internationale* (Supplément 4).

Chronique

Conformément au vœu exprimé par l'Assemblée Mondiale de la Santé et par le Conseil Exécutif, la *Chronique* a conservé la forme d'un résumé mensuel de l'activité de l'Organisation et de ses principales publications techniques. Suivant la décision prise par la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé, dans sa résolution WHA5.14, la publication de l'édition russe a été suspendue.

Une brochure consacrée aux discussions techniques qui ont eu lieu à la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé a été éditée sous forme de tirage à part de la *Chronique ;* elle contient le texte de l'allocution du Professeur C.-E. A. Winslow sur « L'importance économique de la médecine préventive », celui de l'allocution du Professeur Gunnar Myrdal sur « Les aspects économiques de la santé », ainsi que le « Rapport des discussions techniques sur les méthodes de protection sanitaire à appliquer sur le plan local ». Cette brochure est spécialement destinée à certaines institutions et à certains spécialistes de santé publique, ainsi qu'aux doyens des écoles de médecine ; elle a également été mise en vente dans le public.

Série de Monographies

L'augmentation du chiffre des ventes de la *Série de Monographies* et le nombre de demandes reçues montrent l'intérêt de plus en plus grand que suscite cette collection ; les numéros parus au cours de l'année ont fait l'objet de multiples comptes rendus favorables dans la presse médicale et technique. Une de ces monographies, dont le texte a paru pour la première fois dans cette série, est consacrée à la *Biologie d'Anopheles gambiae* (N° 9) ; elle éclaire d'un jour nouveau plusieurs problèmes afférents à la biologie de cette espèce d'anophèles en Afrique-Occidentale française. Ont également paru au cours de l'année *Le Kwashiorkor en Afrique*, J. F. Brock & M. Autret (N° 8), et *Croissance microbienne et facteurs d'inhibition* (N° 10), contenant les travaux présentés au premier symposium international de chimie microbiologique.

Série de Rapports techniques

Certains numéros de la *Série de Rapports techniques* ayant fait l'objet de demandes ininterrompues, il a fallu procéder à un deuxième et, parfois, à un troisième tirage. Au cours de l'année, 15 nouveaux rapports ont été publiés tant en anglais qu'en français ; la Série comprend maintenant 60 numéros au total. La presse spécialisée a continué à suivre avec beaucoup d'attention la publication de ces rapports, dont plusieurs sont fréquemment cités dans les journaux médicaux et techniques.

Recueil international de Législation sanitaire

A la suite de l'étude spéciale des publications qu'il a faite lors de sa neuvième session, le Conseil Exécutif a confirmé, dans sa résolution EB9.R70, ses décisions antérieures sur la forme du *Recueil* et sur les critères qui doivent guider le choix des textes législatifs destinés à y figurer. Ces directives ont été suivies lors de la préparation du *Recueil.*

Le Gouvernement français, dans une note sur le programme des publications de l'OMS, présentée également à la neuvième session du Conseil, avait suggéré « de prévoir une série de suppléments au *Recueil*, sans périodicité régulière, consacrée à des mises au point de législation comparée dans quelques domaines essentiels ».[1] Cette proposition fut discutée par le Conseil et d'une façon générale jugée opportune ; toutefois, aucune recommandation formelle ne fut adoptée, étant donné que l'on ne pouvait savoir, à ce moment, s'il serait possible d'exécuter ce travail avec le personnel disponible.[2] Cependant, deux études comparatives de ce genre ont pu être établies en 1952, sur la base de la documentation parue antérieurement soit dans le *Recueil*, soit dans la partie « Conventions, lois et règlements sanitaires » du *Bulletin mensuel de l'Office International d'Hygiène Publique*. La première de ces études a été consacrée à la législation antituberculeuse,[3] la deuxième aux mesures visant les maladies transmissibles dans les établissements d'enseignement.[4]

Le travail accompli par l'OMS pour recueillir, analyser et publier des textes de législation sanitaire est plus largement connu qu'auparavant ; aussi enregistre-t-on un nombre croissant de demandes de renseignements concernant les lois et les règlements en vigueur sur des sujets particuliers, tels que la lutte contre le cancer, la vaccination par le BCG, l'enlèvement d'organes pour greffes chirurgicales, les laboratoires bactériologiques, le personnel infirmier, la nutrition, les maladies vénériennes et l'organisation des services de santé publique.

L'ensemble des publications législatives éditées par les Nations Unies et les institutions spécialisées (*Recueil international de Législation sanitaire* de l'OMS, *Série législative et administrative* de l'Organisation des Nations Unies, *Série législative* du BIT), s'est augmentée du nouveau *Recueil de Législation* de la FAO. L'OMS doit donc aujourd'hui passer très soigneusement au crible les textes qu'elle a réunis, non seulement pour s'assurer de leur intérêt du point de vue de la santé publique, mais aussi pour déterminer si leur publication dans une série législative d'une des autres organisations ne serait pas préférable.

Il devient toujours plus difficile de connaître la législation promulguée par les Etats qui ont cessé d'être Membres actifs de l'Organisation Mondiale de la Santé ; l'OMS n'est d'ailleurs pas la seule à éprouver cette difficulté que rencontrent également l'Organisation des Nations Unies et le BIT.

Les périodiques médicaux dans le monde

Lors de sa cinquième session, le Conseil Exécutif a approuvé une proposition suivant laquelle l'OMS devrait publier, avec l'UNESCO, une liste mondiale des périodiques médicaux et biologiques. Cette liste, qui comprend les titres de près de quatre mille périodiques, donne leurs abréviations standardisées et fournit des renseignements sur la fréquence et le lieu de leur parution ; elle est sortie de presse à la fin de 1951 sous le titre de *Periodica Medica Mundi.* Malheureusement, peu après l'impression du volume, on a découvert qu'une maison privée d'édition avait déjà fait paraître une liste de périodiques médicaux sous un titre analogue.

Après plusieurs mois de négociations, durant lesquels la distribution de *Periodica Medica Mundi* n'eut pas lieu, il apparut que la seule solution était de choisir un autre titre — *Les périodiques médicaux dans le monde (World Medical Periodicals)* — et de changer les couvertures des volumes. L'OMS s'est chargée de tenir cette liste à jour en vue d'éditions ultérieures ; pour ce travail, elle a demandé le concours de ses bureaux régionaux et s'est assuré la bienveillante collaboration de plusieurs bibliothèques médicales.

Actes officiels et autres publications

L'étude spéciale des publications faite par le Conseil Exécutif à sa neuvième session a notamment porté sur les *Actes officiels*, et plus spécialement sur leur présentation et leur format. A la suite de cette étude, le Conseil a conclu « que les *Actes officiels*, tels qu'ils sont publiés actuellement, sont satisfaisants et qu'il n'y a pas lieu de les condenser davantage ».

Les procès-verbaux de la Commission spéciale pour l'examen du Règlement sanitaire international, le compte rendu des débats qui ont eu lieu à la Quatrième Assemblée Mondiale de la Santé et le texte des décisions prises par cette dernière au sujet du Règlement, ainsi que d'autres documents pertinents ont été réunis dans un volume spécial de 447 pages qui constitue les *Actes officiels* N° 37.

A sa huitième session, le Conseil Exécutif avait invité le Directeur général à publier un *Recueil des Résolutions et Décisions de l'Assemblée Mondiale de la Santé et du Conseil Exécutif.* La première édition de ce nouvel ouvrage de référence a paru à temps pour être utilisée lors de la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé.

Bibliothèque et documentation

L'utilisation de la Bibliothèque de l'OMS installée au Palais des Nations (Genève) a été grandement facilitée par l'ouverture d'une nouvelle salle de

[1] *Actes off. Org. mond. Santé*, **40**, 110
[2] *Actes off. Org. mond. Santé*, **40**, 107
[3] *Rec. int. Lég. sanit.* 1952, **3**, 425
[4] *Rec. int. Lég. sanit.* 1952, **4**, 177

lecture et de référence, à proximité immédiate des bureaux du Secrétariat. Les livres et les périodiques fréquemment consultés ont été transférés de l'aile dite de la Bibliothèque dans la nouvelle salle de lecture : celle-ci abrite actuellement 7.000 volumes disposés sur des rayons accessibles aux lecteurs ; il s'agit essentiellement d'ouvrages de référence, de manuels classiques et de monographies, ainsi que de collections reliées des périodiques les plus importants. On trouve encore dans cette salle les numéros courants d'un millier de périodiques. Cette installation dans des locaux nouveaux a fortement accru le nombre des usagers de la bibliothèque.

Au cours de 1952, il a été possible de résoudre un problème technique — celui du classement — qui depuis le début préoccupait le personnel de la Bibliothèque. Plusieurs systèmes connus de classement médical ont été étudiés ; après avoir soigneusement pesé leurs avantages et inconvénients réciproques, on en est arrivé à la conclusion que le système Barnard, spécialement conçu pour une bibliothèque de santé publique, était celui qui répondait le mieux aux besoins de l'OMS. A la fin de l'année, le reclassement de la Bibliothèque suivant ce système était entièrement achevé. En même temps, les collections ont été inventoriées afin d'éviter qu'elles ne doublent inutilement celles de la Bibliothèque des Nations Unies à Genève ; on a profité de cette occasion pour regrouper différentes catégories de documentation. Un autre perfectionnement, la reproduction des fiches du catalogue par photocopie, a permis à la Bibliothèque du Siège d'envoyer aux bibliothèques des bureaux régionaux des fiches correspondant aux nouvelles acquisitions.

Une collection spéciale de publications sur l'importance économique de la santé publique et les services nationaux de santé a été constituée pour faciliter le travail des délégués qui ont pris part aux discussions techniques organisées pendant la Cinquième Assemblée de la Santé ; à cette même fin, une vaste bibliographie sur les services nationaux de santé a été préparée et distribuée.

L'envoi de publications et d'ouvrages médicaux aux gouvernements, aux institutions sanitaires et aux équipes en mission, est demeuré l'une des tâches importantes de la Bibliothèque ; durant l'année, 5.977 livres ou publications ont été commandés pour leur compte. Cependant, bien que l'envoi de publications médicales de base contribue largement au développement des services de santé, les gouvernements ne sauraient pleinement en profiter s'ils ne disposent de bibliothèques médicales bien organisées. Le besoin de bibliothécaires médicaux compétents se faisant de plus en plus sentir, l'OMS a pris certaines mesures initiales destinées à améliorer les services de bibliothèque ; c'est ainsi qu'elle a nommé un consultant en bibliothéconomie médicale pour la Région européenne et attribué plusieurs bourses à des bibliothécaires médicaux pour leur permettre d'étudier à l'étranger. Un boursier a passé une brève partie de son temps d'études à la Bibliothèque de l'OMS et un second boursier, tout en suivant un cours professionnel de bibliothécaire, a reçu un enseignement pratique sur les activités de la Bibliothèque.

En raison des retards qui surviennent dans la parution des index de publications médicales très répandues, la Bibliothèque de l'OMS a de nouveau consacré une partie importante de son activité à l'indexage de périodiques d'usage courant ; ce travail s'est révélé des plus utiles, car la Bibliothèque a pu ainsi répondre à de multiples demandes de listes bibliographiques et autres renseignements de même nature. On se propose de développer ce service au cours de l'an prochain : il comprendra l'indexage régulier de la documentation par pays, par auteur et par sujet, ce qui permettra d'établir un répertoire complet des articles consacrés aux conditions sanitaires d'un pays donné.

CHAPITRE 9

INFORMATION

Les demandes de renseignements sur l'activité de l'OMS, dont le nombre n'avait cessé de croître au cours des années précédentes, comme le soulignaient déjà les Rapports annuels antérieurs, ont continué d'affluer en 1952, au point que l'Organisation a éprouvé de réelles difficultés à les satisfaire intégralement. C'est ainsi qu'une distribution de 200 photographies par mois, en moyenne, se révèle souvent insuffisante.

Afin d'assurer une diffusion aussi efficace que possible du matériel d'information à travers le monde, l'OMS a procédé au cours de l'année à une revision systématique de ses listes de distribution. Ce travail terminé, on pourra évaluer à l'avance les quantités nécessaires de chaque type de documentation et en organiser la distribution aux personnes et aux autorités le plus susceptibles de s'y intéresser.

Cette revision a été notamment motivée par l'augmentation rapide et ininterrompue du tirage d'*OMS Nouvelles* et le désir de chercher désormais à atteindre tout spécialement les élèves des écoles secondaires.

En janvier, après le retour des trois membres de la mission qui s'était rendue dans l'Asie du sud-est à la fin de 1951 (voir le Rapport annuel de 1951), les agences de presse et les institutions intéressées ont pris des dispositions en vue d'assurer une large diffusion des informations recueillies au cours de ce voyage. (Ce projet était patronné de concert par le *News Chronicle* de Londres, le Département de l'Information de l'Organisation des Nations Unies et les services d'information de l'UNESCO, de l'OIT de la FAO, du FISE et de l'OMS). Par l'intermédiaire de la presse quotidienne et périodique, de la radio, de la télévision et du cinéma, plusieurs millions de personnes, dans trois continents au moins, ont ainsi pu se faire une idée des efforts que déploient les Nations Unies et leurs institutions spécialisées pour fournir une aide technique aux pays de l'Asie du sud-est.

Presse

Le nombre des communiqués et des conférences de presse a été sensiblement le même que lors des années précédentes. Près de soixante communiqués de presse généraux ont été publiés, en plus des trente qui ont été consacrés aux délibérations de la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé.

Un des soucis constants de l'OMS est d'intéresser la presse aux réalisations positives obtenues dans le domaine de la santé, plutôt que de lui fournir des informations sensationnelles ou portant sur des questions controversées. C'est ainsi qu'au cours des derniers mois on a modifié la présentation de certains communiqués en y insérant un plus grand nombre d'éléments documentaires et d'exemples concrets, dans l'espoir que les journaux s'en inspireraient pour rédiger de brefs articles au lieu de se contenter de les reproduire dans leurs colonnes d'information. Il apparaît déjà que cette nouvelle formule a éveillé un certain intérêt chez les journalistes.

On envisage également de susciter l'intérêt de certains journalistes à l'égard des activités de l'Organisation, en leur attribuant, avec une aide financière extérieure, des bourses pour des voyages d'étude organisés par l'OMS.

Publications

Le journal *OMS Nouvelles* a été diffusé plus largement au cours de l'année. A un certain moment, l'OMS a été saisie, en six semaines, de demandes excédant de 1.300 le tirage normal ; 75 demandes ont été reçues en une seule journée (au mois d'octobre). *OMS Nouvelles*, qui ne paraissait auparavant qu'en anglais, en français, en espagnol et en portugais, atteint aussi maintenant un public scandinave, puisque, depuis novembre, une édition résumée mensuelle est publiée en suédois à Copenhague sous les auspices du Centre d'information des Nations Unies.

Le numéro spécial de septembre-octobre s'est présenté sous la forme d'une affiche illustrée qui, dépliée, couvre une hauteur de 2,40 à 2,70 m. En employant un second exemplaire, on obtient une affiche (cartes et texte) d'environ 3,30 m. Ce numéro de 4 pages s'inspirait de la monographie du Professeur Winslow intitulée *Le coût de la maladie et le prix de la santé:* il était donc tout indiqué pour figurer parmi la documentation distribuée en décembre en prévision de la Journée Mondiale de la Santé d'avril 1953. Les fonctionnaires de l'information des bureaux régionaux de l'OMS et les centres d'information des Nations Unies ont été priés d'indiquer le nombre approximatif d'exemplaires à prévoir pour les écoles et, à en juger par les demandes déjà reçues, il est vraisemblable qu'une réimpression se révélera nécessaire. Il y a tout lieu de penser que ce numéro spécial conservera son utilité pendant au moins un an.

La brochure intitulée *L'Organisation Mondiale de la Santé ... en quelques lignes*, qui avait paru pour la première fois en 1951, a été rééditée en anglais et en français. Une première version en espagnol et en portugais a également été mise au point. A la fin de l'année, une première édition allemande du dépliant intitulé *L'OMS... Son but... Son action... Sa structure* était en préparation.

Afin d'atteindre un public plus jeune, on a entrepris la publication d'un volume sur l'OMS rédigé spécialement à l'intention des écoles. Un spécialiste anglais des questions d'éducation, dont les articles et les émissions radiophoniques ont une large audience, s'est chargé de rédiger cet ouvrage, qui sera publié par une maison d'édition sur des bases commerciales.

Moyens visuels d'information

Le Rapport annuel de 1951 faisait état de l'aide fournie par l'OMS en vue de la production d'un film intitulé « Quelque part dans l'Inde » et consacré à la lutte antipaludique dans la région du Terai. Ce film a été achevé en 1952. Il est accompagné de commentaires en anglais, en français et en espagnol et les Nations Unies se sont chargées d'assurer sa distribution dans le monde entier.

L'Organisation a donné des conseils à divers producteurs de films sur l'OMS et s'est efforcée de faciliter leur travail. Elle a procédé à une enquête approfondie sur les moyens visuels d'information qui lui sont nécessaires et a discuté de cette question avec des représentants de producteurs de films du Royaume-Uni.

L'exposition sur « Le coût de la maladie et le prix de la santé », qui avait été montée dans la Salle des Pas Perdus du Palais des Nations à l'occasion de la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé, est restée en place pendant quelque temps pour le grand public. Il y a lieu de rappeler, à cet égard, qu'environ 120.000 personnes visitent chaque été le Palais des Nations.

Bien que les demandes de photographies, comme on l'a dit plus haut, excèdent encore les possibilités de distribution, la photothèque de l'OMS, qui comprenait 2.000 unités en avril, s'est enrichie de 1.000 unités six mois plus tard. Cette augmentation résulte notamment d'un voyage organisé en Afrique par l'UNESCO et de campagnes médicales effectuées en Yougoslavie, au cours desquelles de nombreuses photos ont été prises en septembre.

Un artiste anglais renommé a été chargé de dessiner une nouvelle série d'affiches pour l'OMS.

Radio

La British Broadcasting Corporation a manifesté un intérêt de plus en plus marqué à l'égard de l'activité de l'OMS. Le Home Service et l'Overseas Service, dont les auditeurs se chiffrent par millions dans le monde, ont diffusé des causeries et des programmes documentaires à des heures de grande écoute, et il ne s'agit là que d'un début. La BBC a également demandé des éléments d'information pour ses programmes scolaires.

Parmi les émissions réalisées par la BBC au cours de l'année, il faut signaler tout spécialement trois causeries d'une demi-heure sur l'activité de l'OMS dans l'Asie du sud-est, ainsi qu'un certain nombre d'interviews sur disque de participants au colloque sur la santé mentale et le développement du jeune enfant qui a eu lieu à Chichester (Angleterre) en juillet et août. L'une des personnalités interviewées a également participé à une émission télévisée.

Un représentant de la radiodiffusion danoise est venu à Genève et a enregistré des entretiens avec des fonctionnaires de langue danoise pour une série d'émissions au Danemark.

Les installations du service radiophonique de l'Organisation des Nations Unies à Genève sont insuffisantes, d'autant plus qu'elles sont parfois utilisées par des organismes extérieurs. L'activité de l'OMS dans le domaine de la radio se ressent de cet inconvénient.

Journée Mondiale de la Santé

La Journée Mondiale de la Santé est célébrée par un nombre croissant de pays qui, d'après les rapports reçus, s'est élevé au moins à quarante en 1952, indépendamment des organisations et institutions, tant publiques que privées, qui ont mis sur pied des manifestations commémoratives à cette occasion. L'ampleur des manifestations a, d'ailleurs, beaucoup varié d'un pays à l'autre. Certains gouvernements ont fait de la Journée Mondiale de la Santé un jour de fête officiel, qui a donné lieu à une célébration spéciale dans les écoles.

Le thème choisi en 1952 était l'assainissement, résumé dans le slogan « Vivre sainement dans un milieu sain ». Cette question a fait l'objet, aussi bien dans les pays évolués que dans les pays moins développés, d'articles dans la presse quotidienne et périodique, de causeries et de conférences radiophoniques, d'expositions et de diverses manifestations publiques.

Grâce à la collaboration du Département de l'Information de l'Organisation des Nations Unies, des services d'information de l'OIT et de l'UNESCO ainsi que de la Fédération mondiale des Associations pour les Nations Unies et d'un grand nombre de ses filiales nationales, l'OMS a pu, en 1952, assurer à son matériel d'information une diffusion plus large et plus efficace que lors des années précédentes. D'éminents spécialistes de l'assainissement et de l'éducation sanitaire ont rédigé une série d'articles succincts de vulgarisation, que l'OMS a fait parvenir à tous ses Etats Membres. Pour la première fois, la production et la distribution de cette documentation ont été décentralisées ; en d'autres termes, les bureaux régionaux (à l'exception des Bureaux de l'Afrique et de l'Europe) ont été invités à adapter la documentation en question aux besoins des pays qu'ils

desservent. Certains gouvernements sont même allés plus loin dans ce sens, par exemple en traduisant les articles dans la langue de leur pays ou en rédigeant de leur côté une documentation très complète présentant un intérêt spécial pour leurs habitants. Les résultats de cette décentralisation ont été, d'une façon générale, considérés comme satisfaisants, et l'OMS a l'intention de continuer à s'inspirer de ce système.

Malgré le caractère incomplet des renseignements que l'OMS a reçus à ce jour, on peut d'ores et déjà affirmer que la Journée Mondiale de la Santé est reconnue dans de nombreux Etats Membres comme un moyen efficace de stimuler l'intérêt général à l'égard des questions de santé publique et de démontrer le rôle capital que peut jouer la collaboration sur tous les plans — international, national et local — pour élever le niveau de santé des populations.

CHAPITRE 10

ADMINISTRATION GÉNÉRALE

Structure organique

Divers changements ont été apportés pendant l'année à la structure du Secrétariat du Siège, afin d'améliorer les services fournis aux gouvernements et d'assurer une meilleure coordination des programmes de l'OMS tant entre eux qu'avec les travaux d'autres organisations (voir tableau de l'annexe 12).

Dans le Bureau du Directeur général, la Division de la Coordination des Plans et de la Liaison a été supprimée et ses fonctions ont été réparties entre trois nouveaux services qui relèvent directement du Directeur général : le Service des Relations extérieures, chargé des relations avec les gouvernements et les autres organisations ; le Service de l'Assistance technique, dont la tâche consiste à coordonner toutes les activités se rapportant au programme de l'assistance technique, et le Service d'Etudes et de Rapports, auquel incombe le soin de mettre au point des méthodes judicieuses pour l'analyse et l'appréciation des programmes.

Dans le Département des Services techniques centraux, un poste nouveau a été créé, celui de Directeur-Conseiller pour les statistiques sanitaires, qui dépend du Sous-Directeur général ; d'autre part, deux divisions, celle des Statistiques sanitaires et celle des Services épidémiologiques, ont été réunies en une seule, la Division des Services d'Epidémiologie et de Statistiques sanitaires. La Section de la Coordination des Recherches a été transférée de ce département à celui des Services consultatifs et fusionnée avec l'ancienne Section des Autres Maladies transmissibles pour constituer une Section des Maladies endémo-épidémiques. La Section de l'Assainissement a été élargie et forme maintenant une division du Département des Services consultatifs.

La structure du Département des Services administratifs et financiers a subi une légère modification : le Bureau des Conférences et des Services généraux a été supprimé et ses attributions ont été réparties entre le Bureau des Fournitures, relevant directement du Sous-Directeur général, et la Section des Conférences et des Services intérieurs, rattachée à la Division de la Gestion administrative et du Personnel.

Dans les Régions, le changement administratif le plus important, en 1952, a été le transfert du Bureau régional de l'Afrique de Genève à Brazzaville. Seules des modifications secondaires ont été apportées aux effectifs et à la structure des bureaux régionaux, en vue de les rendre plus conformes au plan d'organisation de base qui avait été établi précédemment.[1] Le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est a créé, à titre d'essai, un nouveau type de poste, celui de « représentant de zone », dont le titulaire est chargé de coordonner les programmes et d'aider à l'exécution de tous les projets dans les pays intéressés. Des représentants de ce genre ont été nommés dans quatre des six pays de la Région, et un poste similaire a été créé dans la Région de la Méditerranée orientale.

Services administratifs et financiers

Etudes de gestion administrative

L'étude administrative des différents services et de leur activité, tant au Siège que dans les Régions, a considérablement progressé durant l'année. L'état d'avancement des travaux à la fin de 1952 était le suivant :

Etudes achevées: recommandations en cours d'application. Bibliothèque ; Service des Voyages ; Section de Traduction ; Services de sténodactylographie ; Bureau des Conférences et des Services généraux, Economat (Fournitures de bureau) ;[2] Département des Services consultatifs, Section des Bourses d'études.

Etudes achevées: recommandations en partie mises en application ou en instance d'approbation. Economat ; Coordination des Plans et Liaison ; Département des Services consultatifs (étude générale).

[1] Voir le plan d'organisation de base des bureaux régionaux dans le Rapport annuel de 1951, *Actes off. Org. mond. Santé*, **38**, 179.

[2] Voir aussi « Services communs avec l'Organisation des Nations Unies », p. 67.

Etudes en cours. Bureau régional de la Méditerranée orientale ; Bureau régional des Amériques ; Service de l'Enregistrement et des Archives.

Recrutement du personnel

Le personnel affecté à l'exécution des projets dans les pays s'est progressivement accru durant l'année, en dépit des difficultés toujours plus grandes que l'on rencontre pour s'assurer le concours de personnes possédant les compétences voulues. L'accroissement net de ce personnel a été, pendant l'année, d'environ 110 personnes, tandis que l'augmentation globale du nombre des fonctionnaires et employés de l'Organisation a été de 220, ce qui représente une augmentation d'environ 22% par rapport à 1951. En outre, l'Organisation a engagé, en 1952, environ 165 experts-conseils à court terme et 280 temporaires pour les conférences.

A la fin de 1952, le Secrétariat comprenait des représentants de 50 Etats Membres, sur un total de 79 ; la répartition géographique était donc à peu près la même qu'en décembre 1951, où les chiffres étaient de 50 et de 78 respectivement.

On trouvera dans les annexes 12, 14 et 15 des indications détaillées sur la composition du Secrétariat, et à l'annexe 13, la liste des fonctionnaires supérieurs.

Conditions d'emploi

De nouveaux progrès ont été accomplis en 1952 dans l'unification des conditions d'emploi du personnel de l'Organisation des Nations Unies et des institutions spécialisées. Par l'intermédiaire du Comité consultatif pour les Questions administratives, ces organisations se sont entendues pour appliquer de façon uniforme un certain nombre d'importantes conditions d'emploi au sujet desquelles de grandes divergences s'étaient manifestées jusqu'alors.

Indemnisation du personnel en cas de maladie et d'accident

Pendant l'année, l'Organisation des Nations Unies et toutes les institutions spécialisées se sont mises d'accord en principe sur un régime commun d'indemnisation en cas d'invalidité et de décès survenus en cours de service ; l'étude d'un plan commun de financement se poursuit actuellement.

Un remaniement du système d'assurance maladie et accidents a permis l'augmentation des prestations.

Durée du contrat du Directeur général

La Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé, dans une résolution où elle a reconnu les services éminents rendus par le Dr Brock Chisholm, Directeur général, a décidé de lui proposer un renouvellement de son contrat — qui viendra à expiration le 21 juillet 1953 — pour une nouvelle période ne dépassant pas trois ans. Le Directeur général a été prié de faire connaître sa décision à ce sujet au Président de la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé avant la fin de 1952, en précisant pendant combien de temps il accepterait de demeurer au service de l'Organisation. Le 4 novembre, le Directeur général a informé le Président de l'Assemblée de la Santé qu'il lui serait impossible d'accepter la prolongation de son contrat. Le Conseil Exécutif devra donc proposer à la Sixième Assemblée Mondiale de la Santé une autre candidature.

Dispositions budgétaires concernant le programme de 1952

La Quatrième Assemblée Mondiale de la Santé a approuvé, pour 1952, un budget de US $9.077.782. Cette somme comprenait toutefois, à titre de « Réserve non répartie », le montant des contributions des Membres inactifs, soit au total $1.400.000, de sorte que le budget effectif applicable au programme de 1952 était de $7.677.782. Conformément au paragraphe IV de la résolution portant ouverture de crédits pour 1952, le Conseil Exécutif a autorisé le Directeur général, lors de sa neuvième session et ultérieurement, par voie de correspondance, à effectuer certains virements entre les sections.

La Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé, par sa résolution WHA5.54, a décidé d'ajouter à la résolution portant ouverture de crédits pour 1952 une nouvelle section intitulée « Virement supplémentaire au Fonds du Bâtiment » et prévoyant un crédit supplémentaire — à financer au moyen de virements provenant d'autres parties du budget et par des prélèvements sur le fonds de roulement — pour faire face à l'accroissement du coût des travaux d'agrandissement du bâtiment du Siège (voir ci-dessous : « Locaux du Siège »).

Sur la recommandation du Conseil Exécutif, la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé a également approuvé dans sa résolution WHA5.10, l'ouverture d'un crédit supplémentaire de US $30.000 pour rembourser au fonds de roulement un montant équivalent, qui avait été prélevé en 1951 pour une aide d'urgence à l'Inde. Ce crédit a été couvert au moyen du solde de caisse du compte d'attente de l'Assemblée.

L'Assemblée de la Santé a, d'autre part, accepté avec reconnaissance un don de 100.000 piastres fait à l'Organisation par le Royaume du Laos, à titre de contribution exceptionnelle.

Le montant exact des dépenses de 1952 sera connu lorsque les comptes de l'exercice auront été arrêtés. Le Rapport financier pour l'année en cours, qui paraîtra comme précédemment sous forme de supplément au Rapport annuel et qui sera soumis à la Sixième Assemblée Mondiale de la Santé avec le Rapport du Commissaire aux Comptes, présentera le détail des recettes et des dépenses et contiendra un tableau comparatif des crédits votés pour le programme de 1952 et des sommes effectivement

dépensées, une série de relevés des dépenses engagées et un état détaillé du montant des services assurés individuellement aux divers Etats Membres.

On trouvera dans l'annexe 10 des indications sur la façon dont les crédits votés pour 1952 ont été répartis entre les diverses activités de l'Organisation, ainsi que sur les virements opérés entre les sections.

Mode de présentation du programme et du budget

Pour la commodité du Conseil Exécutif et conformément au désir exprimé par celui-ci lors de sa dixième session, le Directeur général a fait imprimer le volume consacré au programme et au budget de 1953 assez tôt pour que le Conseil puisse l'examiner en janvier 1953, sans avoir à se référer à un texte polycopié. Il a fallu, de ce fait, modifier les dates des divers travaux qu'implique la préparation du budget.

Situation financière, montant des contributions et versements reçus

Les contributions au budget de 1951 ont été versées plus rapidement que celles des années antérieures ; il en est résulté le déficit de caisse le plus bas depuis la création de l'Organisation (US $46.000). Les versements reçus en 1952 au titre de 1951 ont comblé ce faible déficit et un solde liquide appréciable (US $170.038) a été porté au compte d'attente de l'Assemblée.

L'accumulation des soldes de caisse a permis de consolider la situation financière de l'Organisation. Malgré l'ouverture d'un certain nombre de crédits supplémentaires peu élevés, il n'a pas été nécessaire de demander un surcroît de contributions aux Etats Membres, le montant disponible dans le compte d'attente de l'Assemblée ayant été suffisant.

L'amélioration constatée en 1951 dans le paiement des contributions arriérées ne s'est malheureusement pas maintenue en 1952. Plusieurs Etats ont liquidé en 1951 leurs arriérés pour 1948 et 1949 et, dans certains cas, pour 1950, mais ils n'ont pas tous pris les mesures nécessaires pour continuer à verser régulièrement leurs contributions et quelques-uns se trouvent de nouveau en retard pour les années 1950 ou 1951 ou pour toutes les deux. Certains autres Etats ont négligé de payer leurs arriérés de 1948 et 1949.

L'état des contributions au 31 décembre 1952 est indiqué à l'annexe 11. On constatera que le versement des contributions au titre du budget de 1952 s'est amélioré par rapport à 1951. Le pourcentage des versements effectués en 1951 par les Membres actifs était de 88,34 au 31 décembre 1951. Le pourcentage recueilli en 1952 pour les Membres actifs était de 94,92 au 31 décembre 1952.

Lorsqu'elle a fixé les contributions de 1953, la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé a adopté le même barème et les mêmes dispositions que pour les contributions de 1952, avec les adjonctions rendues nécessaires par l'admission d'un Membre nouveau, la Libye, et de deux nouveaux Membres associés, la Tunisie et le Maroc (Protectorat français). Toutefois, après avoir examiné une communication dans laquelle la République de la Chine formulait des propositions au sujet de ses contributions financières à l'OMS, et après avoir pris acte d'une demande de l'Union Sud-Africaine désireuse de voir sa contribution ramenée à un montant proportionnel à celui qu'elle verse au budget de l'Organisation des Nations Unies, l'Assemblée de la Santé a prié le Conseil Exécutif d'étudier le barème des contributions et de faire rapport à la Sixième Assemblée Mondiale de la Santé.

Le Directeur général a soumis à la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé un plan donnant aux Etats Membres la possibilité de payer en livres sterling une partie de leurs contributions de 1953. Ce plan, approuvé par le Conseil Exécutif auquel la question avait été renvoyée, a été mis en application. Vingt-cinq Membres ont profité de cette occasion pour verser une partie de leurs contributions de 1953 en livres sterling. Cette proportion, établie d'après la somme totale en livres sterling que l'Organisation envisage d'utiliser en 1953, a été fixée à 40% pour chacun de ces Membres.

Fonds de roulement

La Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé a décidé de maintenir le fonds de roulement au montant précédemment fixé et d'y ajouter les avances des pays qui deviendraient Membres après le 1er mai 1952. On trouvera à l'annexe 11 l'état des avances versées au fonds de roulement.

Vignettes de l'OMS

En exécution de la résolution WHA4.48 de la Quatrième Assemblée Mondiale de la Santé, des vignettes spéciales de l'OMS ont été mises à la disposition des Etats Membres qui consentent à en assurer la vente au public, l'Organisation recevant le 25% du produit de cette vente et le gouvernement intéressé en conservant le 75%. En 1952, des demandes de vignettes ont été reçues des pays suivants : Afghanistan, Cambodge, Corée, Inde, Indonésie, Israël, Laos, Panama, Thaïlande, Viet-Nam et Yougoslavie.

Le montant total des fonds recueillis en 1952 n'était pas encore connu à la fin de l'année, mais il y a tout lieu de penser que le fonds de roulement spécial créé pour financer l'émission des vignettes aura grossi de la part qui revient à l'Organisation et qu'il se grossira encore du produit des ventes aux collectionneurs.

Locaux du Siège

Les travaux d'agrandissement du Palais des Nations, destinés à fournir des bureaux pour le Siège de l'OMS, étaient pratiquement terminés à la fin de 1951. L'Organisation des Nations Unies s'est occupée depuis lors de régler, en consultation avec l'OMS, les factures définitives des entrepreneurs. Le rapport provisoire soumis à l'Organisation des Nations Unies par l'architecte en janvier 1952, d'après les comptes présentés par les entrepreneurs, indiquait un total de dépenses d'environ Fr. s. 4.375.000. Ce montant dépassait de Fr. s. 375.000 les prévisions sur la base desquelles l'Assemblée Mondiale de la Santé avait voté un crédit de Fr. s. 1.000.000 en faveur du Fonds du Bâtiment, pour compléter la somme de Fr. s. 3.000.000 offerte par le Gouvernement suisse.

Dans l'évaluation de cet excédent, il n'a pas été tenu compte des factures supplémentaires s'élevant à Fr. s. 143.000, présentées par divers entrepreneurs, mais contestées par l'architecte et par l'Organisation des Nations Unies, ni d'une somme de Fr. s. 29.300 prévue pour certains travaux qui n'ont pas encore été confiés à un entrepreneur.

Afin de faire face à l'excédent de dépenses résultant de l'augmentation du coût de la main-d'œuvre et de certains travaux indispensables que l'on n'avait pas prévus dans les estimations primitives, le Directeur général, d'accord avec le Comité du Bâtiment créé par le Conseil Exécutif, a proposé à l'Assemblée de la Santé de voter un crédit supplémentaire de Fr. s. 107.300 ($24.780), qui serait couvert par des économies réalisées sur le budget de 1952. La Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé s'est ralliée à cette solution, et, comme l'avait également proposé le Comité du Bâtiment, elle a autorisé le Directeur général à prélever sur le fonds de roulement, jusqu'à concurrence de $104.550, toutes sommes additionnelles nécessaires, et à rembourser ces sommes au fonds de roulement grâce aux économies supplémentaires qui pourraient être réalisées sur le budget de 1952. Ces sommes supplémentaires ne peuvent toutefois être utilisées qu'avec l'approbation du Conseil Exécutif, au fur et à mesure que les factures des entrepreneurs sont définitivement établies et approuvées. Le coût exact des travaux d'agrandissement du Palais ne sera donc connu qu'après le règlement de toutes les factures en souffrance. On espère que le règlement pourra être effectué à temps pour que le Comité du Bâtiment puisse présenter un rapport complet à la Sixième Assemblée Mondiale de la Santé.

Lieu de réunion et durée des Assemblées de la Santé

A la demande de la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé, le Conseil Exécutif a examiné à nouveau s'il serait possible de tenir des Assemblées Mondiales de la Santé ailleurs qu'au Siège ; à la suite de cet examen, le Directeur général a communiqué la résolution de l'Assemblée à tous les Etats Membres, en les priant d'envisager si certaines Assemblées de la Santé (ainsi que les sessions du Conseil Exécutif qui ont lieu immédiatement après) ne pourraient pas avoir lieu sur leur territoire. Aucune invitation n'avait été reçue à la fin de l'année.

La Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé a invité d'autre part le Conseil Exécutif à étudier, en collaboration avec le Directeur général, le travail de l'Assemblée de la Santé en vue d'en abréger la durée. Un document concernant la durée des précédentes sessions de l'Assemblée de la Santé a donc été préparé et sera soumis au Conseil lors de sa onzième session.

Services communs avec l'Organisation des Nations Unies

L'OMS a participé à une étude sur la façon de coordonner plus étroitement les services d'achat et de fournitures de l'Organisation des Nations Unies et des institutions spécialisées à Genève. C'est ainsi que le Service commun d'achat étendra ses activités à toutes les institutions fixées à Genève et que, grâce à une standardisation plus poussée, l'on augmentera le nombre des articles d'usage courant qui seront achetés en commun.

L'Office européen des Nations Unies a offert de se charger de toutes les opérations de réception, de stockage et de distribution des fournitures de bureau de l'OMS et cette proposition a été soigneusement étudiée durant l'année. Bien qu'il n'ait pas été facile d'affirmer qu'un tel arrangement permettrait de réaliser des économies ou d'obtenir un meilleur rendement, il a été décidé, pour favoriser une plus étroite collaboration, de mettre ce système à l'essai pendant une année à partir du 1er janvier 1953, si les détails de mise en pratique pouvaient être arrêtés avant cette date.

Questions constitutionnelles et juridiques

Membres de l'Organisation Mondiale de la Santé

Le Royaume-Uni de Libye a été admis, le 6 mai 1952, en qualité de Membre de l'Organisation Mondiale de la Santé à la suite d'un vote de la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé, en application de l'article 6 de la Constitution ; le 12 mai, la Tunisie et le Maroc (Protectorat français) ont été à leur tour admis par l'Assemblée de la Santé en qualité de Membres associés. L'Organisation comptait donc, à la fin de 1952, 79 Membres (y compris les

Membres inactifs) et 3 Membres associés. On trouvera à l'annexe 1 la liste complète des Membres et des Membres associés.

Fréquence des sessions de l'Assemblée de la Santé

Lors de sa neuvième session, le Conseil Exécutif a étudié un rapport présenté par le Directeur général, conformément à une décision de la Quatrième Assemblée Mondiale de la Santé (WHA4.55), et il a adopté une résolution (EB9.R53) concernant les amendements qu'il faudrait apporter à la Constitution s'il était décidé de tenir des Assemblées bis-annuelles. La Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé a toutefois estimé qu'elle n'était pas en mesure d'examiner les amendements proposés, ceux-ci ne lui ayant pas été soumis dans les délais prescrits par l'article 73 de la Constitution. Elle a donc prié le Directeur général, dans la résolution WHA5.22, de communiquer aux Etats Membres, aux fins d'examen par la Sixième Assemblée Mondiale de la Santé, les textes de ces amendements et ceux des amendements proposés sur la même question par le Danemark, la Finlande, la Norvège et la Suède, de même que toutes autres propositions qui seraient reçues à temps pour satisfaire aux prescriptions de l'article 73 de la Constitution.

Afin de faciliter les discussions, le Conseil Exécutif a décidé, lors de sa dixième session, de recommander à la Sixième Assemblée Mondiale de la Santé d'adopter, pour les articles 34 et 35, les textes soumis par les délégués des quatre pays mentionnés ci-dessus, au lieu de ceux qu'il avait établis lui-même. Le Conseil a en même temps demandé aux gouvernements de ces pays de retirer, en faveur de son propre texte, leur proposition d'amendement à l'article 13. Cette requête ayant été acceptée par les quatre gouvernements intéressés, le Conseil Exécutif sera en mesure de soumettre à l'Assemblée de la Santé un texte unique pour chacun des projets d'amendement à la Constitution.

Le texte revisé des amendements a été communiqué en octobre 1952 à tous les Membres et Membres associés.

Accords avec les gouvernements

La Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé a approuvé l'accord signé le 22 juillet 1951 avec le Gouvernement des Philippines en vue de définir les privilèges et immunités de l'Organisation et de son Bureau régional à Manille, et a prié le Directeur général de procéder à un échange de notes avec les représentants autorisés du Gouvernement des Philippines, conformément audit accord. Cet échange de notes a eu lieu et l'accord est entré en vigueur le 29 septembre 1952.

La décision ayant été prise d'établir à Brazzaville le Bureau régional de l'Afrique, un accord a été conclu et des lettres ont été échangées avec le Gouvernement français en vue de définir les privilèges et immunités de l'Organisation et de ses fonctionnaires dans les territoires français, ou sous administration française, situés dans cette Région. Cet accord entrera en vigueur après approbation par l'Assemblée de la Santé.

Autres accords

De même que les années précédentes, de nombreux arrangements administratifs, y compris des accords de base et des accords complémentaires relatifs à des projets d'assistance technique, ont été conclus avec les gouvernements.

D'autre part, après avoir examiné la demande présentée par le Comité international de Médecine et de Pharmacie militaires en vue d'être admis aux relations officielles avec l'OMS, aux termes de l'article 70 de la Constitution, la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé a approuvé un accord définissant les relations entre les deux organisations. Cet accord est entré en vigueur le 6 septembre 1952.

Protocole portant abrogation des Arrangements de Bruxelles

Le Conseil Exécutif, lors de sa neuvième session, a prié le Directeur général de prendre les mesures nécessaires pour amener la conclusion, entre les Etats intéressés, d'un protocole portant abrogation des Arrangements de Bruxelles de 1906 et de 1929 pour l'unification de la formule des médicaments héroïques. Les représentants de ces Etats se sont réunis pendant la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé, et le protocole a été signé, le 20 mai 1952, par 16 pays.

Privilèges et immunités

Trois nouveaux Membres ont adhéré à la Convention sur les Privilèges et Immunités des Institutions spécialisées : l'Egypte (11 janvier, avec des réserves), Haïti (16 avril) et Italie (29 avril, avec des réserves). Ces nouvelles adhésions ont porté à 16 le nombre des pays devenus parties à cette Convention, les autres Etats étant les suivants : Autriche, Chili, Danemark, Guatemala, Inde, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, Philippines, Royaume Hachimite de Jordanie, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Suède et Yougoslavie.

Droits et obligations des Membres associés

La Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé, après avoir décidé d'admettre la Tunisie et le Maroc (Protectorat français) en qualité de Membres associés,

a invité le Conseil Exécutif à étudier la question des droits et obligations des Membres associés et à faire rapport à ce sujet à la Sixième Assemblée Mondiale de la Santé. Le Directeur général s'est mis immédiatement en relation avec les Etats Membres de façon à pouvoir soumettre les vues de ces derniers au Conseil, lors de sa onzième session en janvier 1953.

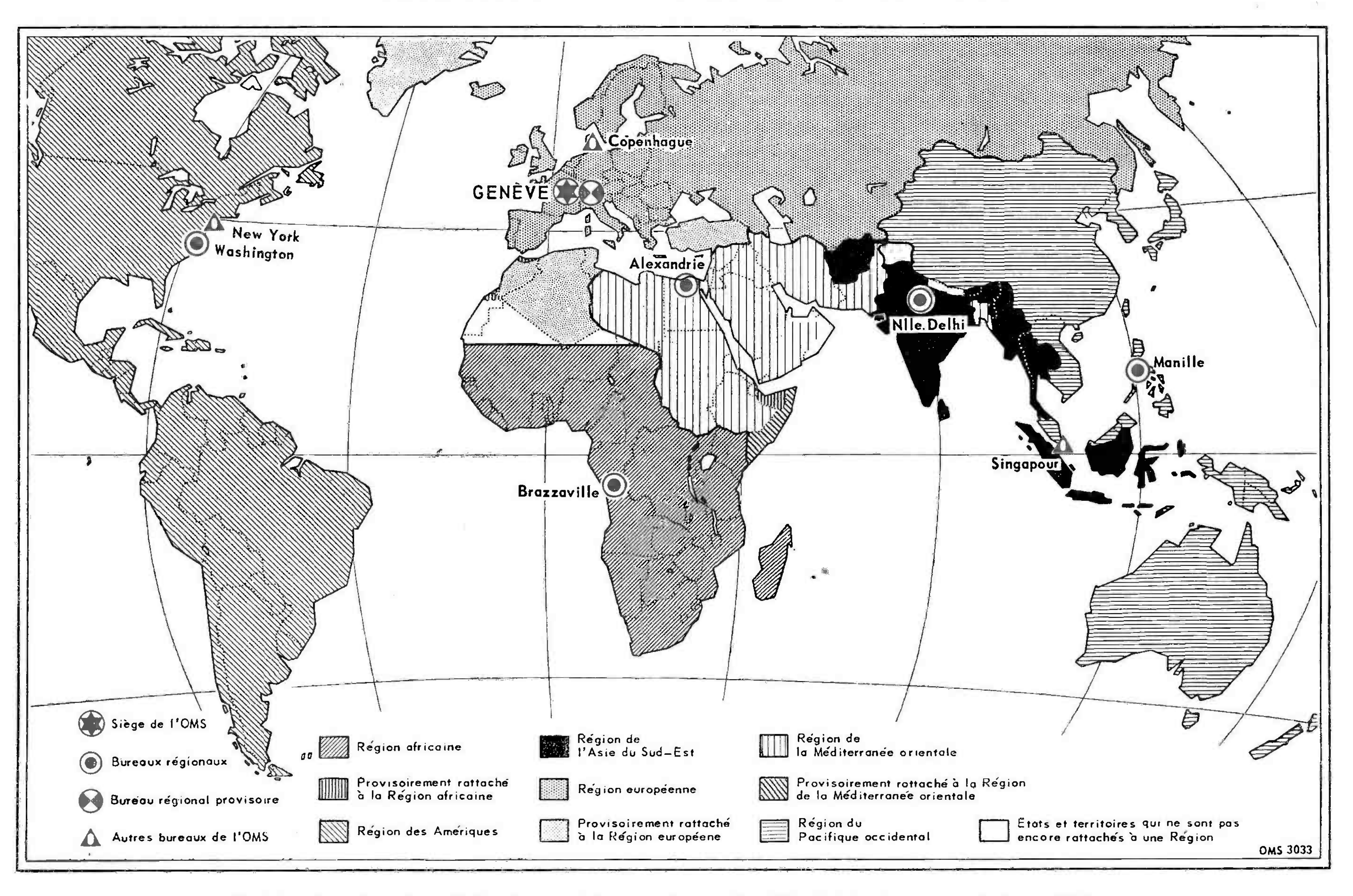
Rattachement aux Régions

Lorsque la Première Assemblée Mondiale de la Santé a délimité, en 1948, les zones géographiques en vue de l'établissement des Régions et des organisations régionales de l'OMS, certains territoires ne furent rattachés à aucune Région. Jusqu'à la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé, les territoires en question, groupés sous la rubrique « Région non désignée », ont été desservis par le Bureau du Siège de l'Organisation. Le Conseil Exécutif, lors de sa neuvième session, à recommandé à la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé de donner suite aux demandes présentées par les gouvernements responsables, c'est-à-dire d'englober dans la Région européenne le Maroc, la Tunisie, les départements français d'Algérie et le Groenland, et de rattacher à la Région de la Méditerranée orientale le territoire de la Somalie sous tutelle italienne. Après une discussion prolongée, la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé a invité le Conseil Exécutif et le Directeur général à entreprendre une étude approfondie des règles et critères à appliquer pour rattacher un territoire à une Région donnée, et leur a demandé de faire rapport à la Sixième Assemblée Mondiale de la Santé. Dans l'intervalle, le Bureau du Siège de l'Organisation continuera à desservir les territoires non rattachés à une Région. Toutefois, les territoires au nom desquels une demande de rattachement avait été présentée antérieurement ont été rattachés à titre provisoire à l'organisation régionale de leur choix, en attendant que les résultats de l'étude du Conseil soient examinés par la Sixième Assemblée Mondiale de la Santé.

PARTIE II

AIDE AUX GOUVERNEMENTS DANS LES RÉGIONS

CARTE 5 : RÉGIONS ET BUREAUX DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



Etant donné ses dimensions réduites, la carte ci-dessus ne donne qu'une idée générale des contours de chaque Région.

CHAPITRE 11

RÉGION AFRICAINE [1]

Pour créer l'Organisation régionale de l'Afrique, il a fallu tout d'abord prendre contact avec les gouvernements et les autorités de nombreux territoires, afin de connaître leurs vœux et leurs besoins. A cette fin, le Directeur régional, qui avait déjà accompli en 1951 des voyages d'étude dans d'autres parties de cette Région, s'est rendu en janvier 1952 à Prétoria, dans l'Union Sud-Africaine, où il a eu des entretiens avec les principaux fonctionnaires médicaux. Ensuite, une enquête a été ouverte dans divers territoires de l'Afrique, en collaboration avec les chefs des services médicaux des zones intéressées. Dans cette Région, l'activité de l'OMS en est à ses débuts, mais les plans de divers projets ont été élaborés avec le concours des autorités locales et, le cas échéant, de divers organismes tels que le FISE, l'Administration de l'Assistance technique des Nations Unies, la FAO et l'UNESCO. Les relations qui ont été établies avec la Commission de Coopération technique en Afrique au sud du Sahara (CCTA) font bien augurer de l'avenir. Au mois d'avril, des échanges de vues ont eu lieu à Londres avec le Secrétaire général de la CCTA, qui a assisté à la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé ainsi qu'à la deuxième session du Comité régional de l'Afrique.

En janvier 1952, le Conseil Exécutif a approuvé la proposition, présentée à la première session du Comité régional, tendant à établir le siège du Bureau régional à Brazzaville (Afrique-Equatoriale française) et il a nommé le Dr F. Daubenton Directeur régional. Une mission s'est rendue auprès des autorités du territoire pour prendre des dispositions préliminaires en vue de l'installation du Bureau régional à Brazzaville, où le Gouvernement français a offert des locaux extrêmement bien aménagés, et pour procéder par la suite à une enquête sur le coût de la vie. L'accord dit de pays-hôte a été signé par le Directeur général le 23 juillet et par le Gouvernement français le 1er août.

Certaines difficultés rencontrées lors du recrutement du personnel ayant empêché de transférer le Bureau régional de Genève à Brazzaville au début d'avril, comme il avait été envisagé à l'origine, il fut décidé que le Bureau régional serait maintenu à Genève jusqu'à l'issue de la deuxième session du Comité régional.

La deuxième session du Comité régional s'est tenue à Monrovia (Libéria) du 31 juillet au 7 août : tous les Membres du Comité régional (Belgique, Espagne, France, Libéria, Portugal, Royaume-Uni de Brande-Bretagne et d'Irlande du Nord et Union Sud-Africaine) y ont assisté, mais le représentant du Membre associé (Rhodésie du Sud) n'a pu y participer. L'Organisation des Nations Unies, les Bureaux du FISE pour l'Europe, l'Afrique et la Méditerranée orientale, l'OIT, la CCTA, l'American College of Chest Physicians et la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge avaient également envoyé des représentants ou des observateurs. Le Directeur général de l'OMS a assisté à la session et a fait un voyage dans la partie septentrionale du Libéria, en Nigeria, en Afrique-Equatoriale française et au Congo belge. Le Gouvernement du Libéria avait pris toutes dispositions utiles pour assurer la pleine réussite de la session, qui a été ouverte par le Président de la République du Libéria. Un programme comprenant une soixantaine de projets a été proposé pour 1954. L'une des résolutions adoptées recommande au Directeur général de procéder au plus tôt à l'étude des difficultés relatives au recrutement de personnel pour le Bureau régional de l'Afrique. Il a été également suggéré que, lors de la préparation des programmes et des budgets futurs de l'OMS, les propositions du Comité régional soient examinées avec une attention particulière.

Le Comité régional a prorogé jusqu'au 31 janvier 1954 le contrat du Directeur régional en exercice, bien que celui-ci doive atteindre la limite d'âge au mois de septembre 1953 ; il a proposé la nomination du Dr F. J. C. Cambournac comme Directeur régional à dater du 1er février 1954. Le Comité régional a adopté le principe de tenir ses sessions ultérieures alternativement dans la partie occidentale et dans la partie orientale de l'Afrique, sans toutefois exclure la possibilité de se réunir dans une localité située au centre ou au sud, suivant les invitations qui pourraient être faites par les gouvernements ; il a enfin décidé d'organiser, lors de sa session de 1953, des discussions techniques sur le thème prévu pour la Sixième Assemblée Mondiale de la Santé.

Malgré des difficultés sans précédent, le personnel indispensable était recruté à la fin du mois de sep-

[1] Cette Région comprend les parties de l'Afrique qui ne sont pas rattachées à la Région de la Méditerranée orientale ou incluses dans les territoires français de l'Afrique du Nord. Elle a été délimitée par la Première Assemblée Mondiale de la Santé (voir *Actes off. Org. mond. Santé*, **13**, 80, 330). Conformément à la résolution WHA5.43, la Somalie britannique et la zone espagnole du Maroc ont été rattachées à titre provisoire à cette Région.

tembre et il a gagné Brazzaville en octobre. Le personnel qui dépend directement du Directeur régional comprend un administrateur, un spécialiste des questions budgétaires et financières, un fonctionnaire chargé des services généraux et trois secrétaires. Cet effectif sera peut-être légèrement augmenté au début de 1953 ; le personnel administratif proprement dit doit demeurer peu nombreux, mais le Bureau comprendra des médecins, des ingénieurs sanitaires et des sociologues, qui travailleront comme représentants de zone pour leurs spécialités respectives et collaboreront directement avec les spécialistes du Siège à Genève. Il faut espérer qu'ainsi les services de Genève pourront mieux se familiariser avec les conditions régnant en Afrique, tandis que la Région africaine pourra de son côté bénéficier de l'expérience acquise dans d'autres Régions.

En application de ce principe, plusieurs fonctionnaires du Siège se sont rendus dans les territoires africains où l'on se propose d'exécuter des projets. Au nombre de ceux-ci figuraient des spécialistes des questions ci-après : éducation sanitaire de la population (Libéria), paludisme (Cameroun et Afrique-Occidentale française), nutrition et hygiène de la maternité et de l'enfance (Congo belge et Afrique-Equatoriale française), maladies vénériennes (Libéria et Nigeria). A la fin de 1952, des préparatifs étaient en cours pour l'envoi de spécialistes de l'enseignement médical dans certains territoires de l'Afrique orientale et occidentale, avec mission d'étudier la question de la formation professionnelle des auxiliaires ; il faut espérer que cette activité prendra, de ce fait, plus d'extension.

Conformément à la décision prise par le Comité régional lors de sa première session, deux spécialistes de la santé publique ont été engagés et affectés à la Région. Le premier — qui est entré en fonctions en 1951 — a visité différents pays de l'Afrique occidentale et a collaboré à la rédaction des textes fondamentaux de législation sanitaire pour le Libéria ; au début de 1952, il s'est rendu en Afrique orientale en qualité de fonctionnaire médical pour cette zone. Au cours de l'année, il a parcouru la plupart des territoires de cette partie de l'Afrique et il a étudié selon quelles modalités l'OMS pourrait venir en aide aux autorités respectives. Il a rédigé des rapports détaillés sur les enquêtes qu'il a menées au Kenya, en Rhodésie du Nord, dans le Nyassaland, au Tanganyika, dans l'Ouganda et à Zanzibar.

Le deuxième spécialiste de la santé publique s'est rendu au mois d'avril dans la zone occidentale. Durant les quelques mois qui se sont écoulés depuis sa nomination, il a, lui aussi, visité nombre de pays et discuté divers projets avec les autorités.

Un ingénieur sanitaire et un spécialiste de l'anthropologie sociale ont également été recrutés pour la Région africaine. L'hygiène et la prophylaxie sociales, de même que l'assainissement — par exemple en matière de construction de logements salubres et d'adduction d'eau — offrent un vaste champ d'activité.

Afin de jeter les bases du programme régional, plusieurs enquêtes ont été entreprises ou poursuivies. L'enquête sur la bilharziose, dont l'OMS a confié l'exécution à trois experts, a continué en 1952. Il est possible qu'une conférence consacrée à l'étude de cette maladie, et analogue à la conférence du paludisme de Kampala, soit convoquée ultérieurement pour dresser le bilan de l'enquête. De plus, une infirmière ayant une longue expérience de l'Afrique a commencé une enquête préliminaire en prévision d'une conférence des soins infirmiers qui se réunira en 1953. Un expert-conseil a étudié les problèmes du paludisme dans certains territoires de l'Afrique occidentale en vue d'organiser des campagnes contre cette maladie. Enfin, un psychiatre a procédé à une enquête sur les problèmes psychiatriques et psychologiques qui se posent en Afrique, en vue de préparer la conférence sur les problèmes de l'enfance en milieu tropical africain que le Centre international de l'Enfance a organisée et qui s'est tenue à Brazzaville en décembre. On sait que l'ordre du jour de cette conférence portait notamment sur la psychologie de l'enfant africain.

Une réunion du Comité d'experts de la Fièvre jaune doit se tenir au début de 1953, afin d'examiner les résultats de l'enquête entreprise pour déterminer la limite méridionale de la zone d'endémicité amarile en Afrique ; cette enquête a été conduite par les gouvernements des territoires intéressés, avec la collaboration des laboratoires des Instituts de recherches sur la fièvre jaune de Johannesburg et d'Entebbe.[2]

Le Bureau régional s'efforce d'établir d'étroites relations avec les nombreux spécialistes très expérimentés envoyés dans les territoires non autonomes par les autorités ou les institutions métropolitaines ; avec le consentement des autorités intéressées, il organise des réunions pour ces spécialistes et les membres de son personnel qui s'occupent des mêmes questions. C'est ainsi que des échanges de vues ont eu lieu avec un phtisiologue chargé de mission en Afrique occidentale par le Colonial Office du Royaume-Uni.

Il est indispensable d'encourager la formation professionnelle de médecins et de personnel auxiliaire africains : c'est pourquoi des bourses d'études ont été accordées, en partie sur les fonds de l'assistance technique, chaque fois que les gouvernements ont présenté des candidats ayant les aptitudes requises. Les crédits nécessaires ne sont pas épuisés, mais il a parfois été difficile de trouver des institutions adéquates disposées à accepter des étudiants non diplômés. Deux cours importants ont eu lieu durant

---

[2] L'OMS finance cette activité au moyen d'une subvention, qui est inscrite, sous la rubrique correspondante, dans le budget ordinaire (Siège).

CARTE 6 : RÉGION AFRICAINE

Activités entreprises par l'OMS en 1952, y compris les activités communes

TERRITOIRES PROVISOIREMENT RATTACHES A LA REGION AFRICAINE

SERVICES CONSULTATIFS
demandés par les Gouvernements

Paludisme et lutte contre les insectes
Maladies vénériennes et tréponématoses
Assainissement
Education sanitaire
Hygiène de la maternité et de l'enfance
Administration de la santé publique
Bourses d'études

OMS 3028

l'année. Le cours de nutrition, destiné aux fonctionnaires médicaux qui exercent en Afrique, a été organisé à Marseille, d'avril à juillet, sous les communs auspices de la FAO et de l'OMS, et a été financé avec les fonds de l'assistance technique ; une quarantaine de médecins et de nutritionnistes ont suivi ce cours, dont la dernière séance a été présidée par le Secrétaire d'Etat à la France d'Outre-Mer. Le cours de paludologie a eu lieu à Lagos (Nigeria) en juin et juillet ; il était organisé par l'OMS, qui a envoyé plusieurs conférenciers, et a été suivi par un certain nombre de médecins de langue anglaise exerçant en Afrique. On envisage d'organiser en 1953 un autre cours du même genre pour les médecins de langue française ; il sera donné éventuellement au Cameroun français, où doit se dérouler une campagne antipaludique avec l'aide de l'OMS. Des bourses d'études ont été accordées à trois candidats de la Région pour leur permettre de participer au symposium international sur la lutte contre le pian, qui a eu lieu à Bangkok (voir page 15). Sur l'invitation de la CCTA, l'OMS a participé au mois de novembre à une conférence de la nutrition qui a eu lieu à Fajara, près de Bathurst (Gambie). Le Comité mixte FAO/OMS d'experts de la Nutrition s'y est réuni immédiatement après cette conférence.

L'OMS a participé notamment à une conférence sur les problèmes de l'enfance en milieu tropical africain — mentionnée ci-dessus — qui a été organisée par le Centre international de l'Enfance et s'est tenue à Brazzaville, en décembre. Elle a été représentée à une réunion du Comité scientifique international de Recherches sur la Trypanosomiase, qui a eu lieu à Lourenço-Marques (Mozambique), et à une Conférence sur l'Habitat africain, organisée par la CCTA à Prétoria.

Activités dans les divers pays de la Région

Les activités qui ont été ou doivent être financées au moyen des fonds de l'assistance technique sont marqués d'un astérisque.

Territoires belges non autonomes

Congo belge et Ruanda-Urundi

Au cours du deuxième semestre de 1952, deux fonctionnaires du Siège ont visité le Congo belge en vue d'un projet — attribution de lait écrémé aux mères et aux enfants — qui sera exécuté avec le concours du FISE et de la FAO.

Il a été accordé trois bourses d'études * à des ressortissants de territoires belges : deux en vue du cours de nutrition organisé à Marseille, en collaboration avec la FAO, et une en vue du symposium sur le pian qui s'est réuni à Bangkok.

Territoires britanniques non autonomes

Bechuanaland

Des plans sont à l'étude en vue d'une campagne contre les tréponématoses, qui doit avoir lieu en 1953.

Cameroun britannique

Une bourse d'études a été accordée à un ressortissant du Cameroun britannique pour lui permettre de suivre le cours de paludologie de Lagos.

Gambie

Sur l'invitation de la CCTA, l'OMS a participé à la conférence de la nutrition qui s'est tenue à Fajara près de Bathurst, au mois de novembre, et qui a été immédiatement suivie de la réunion du Comité mixte FAO/OMS d'experts de la Nutrition.

Côte de l'Or

Trois bourses d'études ont été attribuées à des ressortissants de la Côte de l'Or, afin de leur permettre de suivre le cours de paludologie organisé à Lagos.

Kenya

Deux bourses ont été attribuées : l'une pour l'étude de la chirurgie orthopédique aux Etats-Unis d'Amérique, et l'autre pour l'étude de l'administration de la santé publique, dans la Région même.

Ile Maurice

Une bourse d'études a été accordée.

Nigeria

Un cours de nutrition a été organisé à Lagos aux mois de juin et de juillet.

L'OMS a reçu des demandes d'assistance relatives à des projets de lutte contre le paludisme et contre le pian en Nigeria ; * elle a préparé des plans pour y donner suite. Un fonctionnaire du Siège a fait dans ce pays un voyage d'étude en corrélation avec le projet de lutte contre le pian.

Deux bourses d'études ont été accordées en vue du cours de paludologie organisé à Lagos et une * en vue du symposium sur le pian tenu à Bangkok. Une bourse pour l'étude de la nutrition aux Etats-Unis d'Amérique et au Royaume-Uni a également été attribuée.

Seychelles

A la demande du Gouvernement, l'ingénieur sanitaire du Bureau régional a procédé au début de l'année à une enquête approfondie sur l'état sanitaire de la population des Seychelles. Une autre enquête a porté sur les parasitoses intestinales.

Sierra-Leone

Deux bourses ont été attribuées pour le cours de paludologie qui s'est tenu à Lagos.

Ouganda

Le laboratoire de l'Institut de recherches sur la fièvre jaune d'Entebbe [3] a collaboré à l'enquête entreprise pour déterminer la limite méridionale de la zone d'endémicité amarile en Afrique, qui s'est poursuivie au cours de l'année.

Une bourse d'études a été attribuée pour l'enseignement infirmier.

Zanzibar

Il a été accordé une bourse pour faire au Royaume-Uni des études sur la tuberculose.

Territoires français non autonomes

Afrique-Equatoriale française

Au cours du deuxième semestre de 1952, des fonctionnaires du Siège se sont rendus en Afrique-Equatoriale française pour procéder à une enquête préalable en vue de la distribution de lait écrémé aux mères et aux enfants. Ce projet doit être exécuté en collaboration avec le FISE et la FAO.*

Au mois de décembre, l'OMS a participé à une conférence sur les problèmes de l'enfance en milieu tropical africain, organisée par le Centre international de l'Enfance, qui s'est tenue à Brazzaville.

[3] L'OMS finance cette activité au moyen d'une subvention, qui est inscrite, sous la rubrique correspondante, dans le budget ordinaire (Siège).

Une bourse * a été attribuée à un ressortissant de l'Afrique-Equatoriale française pour lui permettre de suivre le cours de nutrition de Marseille.

Afrique-Occidentale française, Togo et Cameroun sous tutelle française, Madagascar

A la suite d'une enquête préalable conduite en juin-juillet 1952 au Cameroun sous tutelle française et en Afrique-Occidentale française par un fonctionnaire du Siège en collaboration avec le Gouvernement français et le FISE, des plans ont été arrêtés en vue de grandes campagnes antipaludiques, qui doivent être entreprises au début de 1953.*

L'exécution d'un projet-pilote OMS/FISE pour l'essai d'insecticides et de différentes techniques de pulvérisation sera entreprise au début de 1953 ; les fournitures nécessaires ont déjà été livrées.

Deux bourses d'études ont été attribuées à des ressortissants de l'Afrique-Occidentale française : l'une pour le cours de paludologie organisé à Lagos; l'autre pour étudier l'art dentaire pendant un an au Canada.

Sept bourses d'études* ont été octroyées à des ressortissants de ces territoires pour qu'ils puissent suivre le cours de nutrition organisé à Marseille en collaboration avec la FAO.

Libéria

A la suite d'une enquête qu'un des fonctionnaires de la santé publique a effectuée au début de l'année, l'OMS a commencé à aider le Libéria en entreprenant un vaste projet relatif à la santé publique. Le fonctionnaire de la santé publique attaché au Bureau régional a travaillé à ce projet en collaboration avec les autorités et a organisé des cours de formation professionnelle pour inspecteurs sanitaires.

Un deuxième fonctionnaire de la santé publique a été désigné, au mois de novembre, pour assister le Directeur de la Santé et de la Salubrité publiques pendant une année.

Au mois de juillet, un fonctionnaire du Siège s'est rendu au Libéria, à la demande du Directeur de la Santé et de la Salubrité publiques, pour s'occuper du recrutement d'un éducateur sanitaire ; ce spécialiste était choisi à la fin de l'année, mais le projet ne devait commencer que vers la fin de 1953.

A l'occasion de la deuxième réunion du Comité régional, qui s'est tenue à Monrovia et dont il est question au début de ce chapitre le Directeur général de l'OMS a visité la partie septentrionale du Libéria, sur laquelle le choix s'est porté pour entreprendre une vaste campagne dirigée simultanément contre le paludisme et le pian.* Un vénéréologue du Siège s'est également rendu au Libéria, en corrélation avec ce projet dont l'exécution commencera probablement en janvier 1953. Cette entreprise, dont le centre se trouve à Kpaing, doit être exécutée en collaboration avec le FISE et demandera probablement de trois à cinq ans.

Quatre bourses d'études (pour l'art dentaire, l'assainissement et la médecine générale) attribuées en 1951 ont été maintenues en 1952 ; trois d'entre elles avaient été octroyées pour des études aux Etats-Unis d'Amérique, et une pour des études au Liban. Huit bourses de médecine générale ont été utilisées ou attribuées en 1952 : quatre pour des études aux Etats-Unis et quatre pour des études au Royaume-Uni. Deux bourses ont été accordées pour une formation collective : l'une pour le cours de paludologie à Lagos, l'autre pour le symposium sur le pian à Bangkok. Quatre de ces bourses ont été imputées sur les fonds de l'assistance technique.*

Territoires portugais non autonomes

Angola

Depuis le mois d'avril 1952, l'ingénieur sanitaire attaché au Bureau régional s'occupe des problèmes d'assainissement qui se posent dans l'Angola.

Mozambique

Le Comité scientifique international de Recherches sur la Trypanosomiase a tenu en septembre à Lourenço-Marques une réunion à laquelle a assisté le fonctionnaire de la santé publique attaché à la zone orientale.

Guinée portugaise et Saint-Thomas

Deux bourses * ont été accordées pour le cours de nutrition de Marseille.

Union Sud-Africaine

Sur l'invitation du Gouvernement, l'OMS s'est fait représenter à une conférence du BCG qui s'est tenue à Durban au mois de novembre.

Des représentants de l'OMS ont également assisté à une conférence sur l'habitat organisée pendant le même mois à Prétoria par la CCTA.

Le laboratoire de l'Institut de recherche sur la fièvre jaune, à Johannesburg [4] a collaboré à l'enquête qui s'est poursuivie en 1952 pour déterminer la limite méridionale de la zone d'endémicité amarile en Afrique.

Une bourse a été accordée à l'Union Sud-Africaine.

[4] L'OMS finance cette activité au moyen d'une subvention, qui est inscrite, sous la rubrique correspondante, dans le budget ordinaire (Siège).

CHAPITRE 12

RÉGION DES AMÉRIQUES [1]

La sixième session du Conseil de Direction de l'Organisation Sanitaire Panaméricaine, qui était également la quatrième session du Comité régional de l'OMS, s'est tenue à La Havane, Cuba, du 15 au 24 septembre, avec la participation de représentants de tous les Etats Membres de l'OMS appartenant à la Région, à l'exception de l'Argentine, de la Bolivie et du Honduras. Le Directeur général de l'OMS a assisté à la session. Le Conseil a adopté le programme et le budget de 1953 (US $2.060.000) du Bureau Sanitaire Panaméricain (BSP, qui continue à faire fonction de Bureau régional des Amériques). Il a, d'autre part, transmis au Directeur général le projet de programme et de budget de la Région des Amériques pour 1954 (US $1.058.204), qui avait été préparé par le Directeur régional. Le Brésil, Haïti et le Panama ont été élus aux sièges vacants du Comité Exécutif, dont les réunions ont précédé et suivi celles du Conseil de Direction. Le Comité Exécutif a approuvé les amendements qui avaient été apportés au Règlement du Personnel du BSP afin de le rendre aussi conforme que possible à celui de l'OMS, et il a approuvé en outre, pour le personnel du BSP, des ajustements de traitement en raison du coût de la vie analogues à ceux qui avaient été adoptés pour le personnel du Bureau régional de l'OMS.

Le premier congrès interaméricain de la santé publique s'est réuni également à La Havane du 26 septembre au 1er octobre, et l'OMS y était représentée par le Directeur général, qui a prononcé un discours lors de l'ouverture de la session. Le congrès a commémoré le cinquantième anniversaire de l'Organisation Sanitaire Panaméricaine et a rendu hommage au Dr Carlos Finlay, éminent savant de Cuba.

Après s'être rendu à Washington, le Directeur général adjoint de l'OMS a effectué, en compagnie du Directeur régional, un voyage de six semaines à travers l'Amérique latine, au cours duquel ces deux hauts fonctionnaires se sont entretenus avec des ministres et des directeurs de la santé publique d'un certain nombre d'Etats Membres, ainsi qu'avec le personnel des équipes en mission.

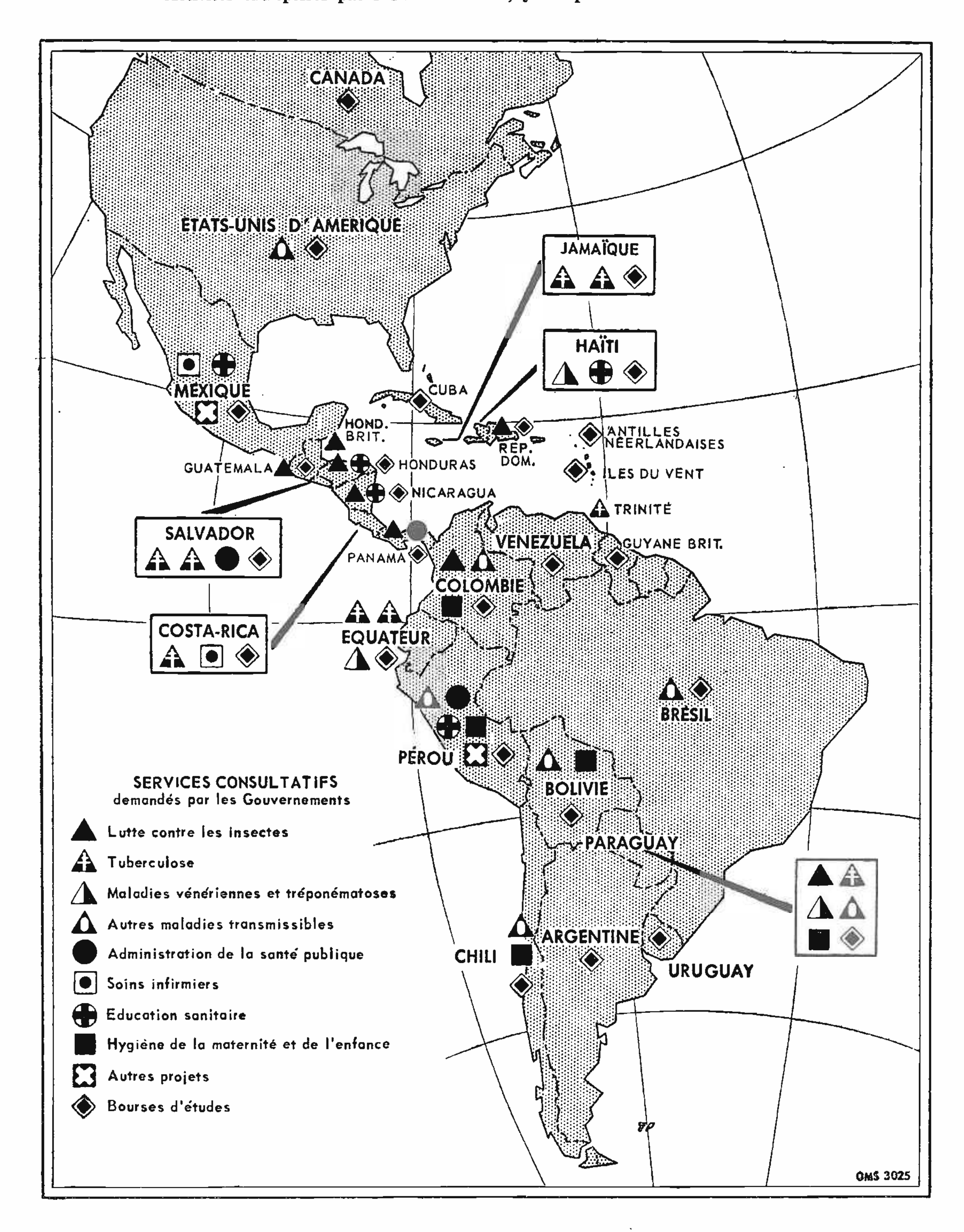
Les progrès de la décentralisation ont eu pour effet d'accroître la participation des bureaux de zone à la préparation et l'exécution des programmes de travaux. Ces bureaux sont les pivots de l'action entreprise par le BSP dans les zones respectives ; chaque représentant de zone assume des responsabilités administratives et techniques pour les projets intéressant la circonscription de son ressort. Les six zones et leurs bureaux se répartissent comme suit : la *Zone I*, avec bureau à Washington, comprend l'Alaska, le Canada, les Etats-Unis d'Amérique ainsi que les Etats et territoires non autonomes, à l'exception du Honduras britannique ; la *Zone II*, avec bureau à Mexico (précédemment à Washington [2]), englobe Cuba, Haïti, le Mexique et la République Dominicaine ; la *Zone III*, avec bureau à Guatemala, est formée par Costa-Rica, le Guatemala, le Honduras, le Honduras britannique, le Nicaragua, le Panama et le Salvador ; la *Zone IV*, avec bureau à Lima (Pérou), groupe la Bolivie, la Colombie, l'Equateur, le Pérou et le Venezuela ; la *Zone V*, avec bureau à Rio-de-Janeiro, s'étend à l'ensemble du Brésil ; enfin, la *Zone VI*, avec bureau à Buenos-Aires (Argentine), réunit l'Argentine, le Chili, le Paraguay et l'Uruguay. Les deux bureaux locaux créés à El Paso (Texas) et à la Jamaïque (Antilles britanniques) ont poursuivi leur activité durant l'année.

Cette évolution a entraîné certains changements dans la structure du Bureau de Washington, notamment en ce qui concerne la Division de la Santé publique, dont les sections ont été remplacées par trois services s'occupant respectivement de l'amélioration de la santé, de l'assainissement et de la lutte contre les maladies transmissibles. Il a été créé une Division de l'Enseignement et de la Formation professionnelle, qui comprend un service de bourses d'études et un service d'enseignement professionnel. Auparavant déjà, le Bureau de Washington avait entrepris dans ce domaine un certain nombre de projets concernant par exemple l'organisation d'une réunion d'étude (workshop) sur les soins infirmiers, des enquêtes sur les écoles de médecine, divers

[1] Conformément à une décision de la Première Assemblée Mondiale de la Santé (*Actes off. Org. mond. Santé*, **13**, 80, 330) cette Région comprend l'ensemble des Amériques. Les pays suivants de cette Région sont Membres de l'OMS : Argentine, Bolivie, Brésil, Canada, Chili, Costa-Rica, Cuba, Equateur, Etats-Unis d'Amérique, Guatemala, Haïti, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République Dominicaine, Salvador, Uruguay et Venezuela. La France, les Pays-Bas et le Royaume-Uni, responsables des relations internationales de certains Etats et territoires des Amériques, participent également aux réunions du Comité régional.

[2] Jusqu'au 26 août 1952, date à laquelle il a été transféré à Mexico, en vertu d'un accord conclu entre le Gouvernement mexicain et le Bureau Sanitaire Panaméricain.

CARTE 7. RÉGION DES AMÉRIQUES
Activités entreprises par l'OMS en 1952, y compris les activités communes



colloques, et l'application d'un programme important de bourses d'études. Etant donné qu'un personnel compétent est nécessaire pour l'exécution des programmes envisagés, la création de cette division présente une importance particulière. La Division des Services administratifs comporte dorénavant deux nouveaux services : gestion administrative et personnel d'une part, budget et finances d'autre part. Le Service juridique a été rattaché à la Division des Services administratifs et le Bureau de la Coordination, créé à la fin de 1951 et placé sous l'autorité du Bureau du Directeur, a été tout à fait organisé.

Le premier numéro des *Health Statistics*, qui paraîtra tous les trois mois, a été publié par le Bureau Sanitaire Panaméricain. Ce périodique trimestriel reprend, en les développant, les questions traitées par le *Monthly Epidemiological Report* qui avait paru jusqu'à la fin de 1951. Etant donné l'intérêt croissant qu'éveillent les statistiques de santé publique et le développement qu'elles ont pris au cours de ces dernières années sous l'impulsion d'institutions nationales et internationales qui travaillent à l'amélioration des conditions sanitaires, il a paru nécessaire de donner plus d'ampleur à cette publication. Celle-ci traite désormais des conditions épidémiologiques et de certains problèmes statistiques de santé publique ; elle constitue, d'autre part, un organe d'information sur les tendances modernes dans le domaine des statistiques sanitaires. Elle est distribuée régulièrement et gratuitement aux institutions et aux agents des services publics qui recevaient précédemment le *Monthly Epidemiological Report*, de même qu'à d'autres institutions officielles intéressées qui en font la demande.

La brochure *Une lampe s'allume* ainsi que des numéros de la *Chronique de l'Organisation Mondiale de la Santé* ont été traduits en espagnol et distribués. Parmi les autres publications traduites en espagnol, il convient de mentionner *The control of communicable diseases*, publié par le United States Public Health Service, ainsi que des rapports émanant de comités d'experts ou d'autres organismes. La publication mensuelle du *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* s'est poursuivie et les *OMS Nouvelles* ont été largement diffusées dans les versions espagnole, portugaise, française et anglaise.

Le Bureau régional a continué à organiser de nombreuses expositions afin de faire connaître les activités du Bureau régional de l'OMS et du BSP. C'est ainsi qu'à l'occasion de la Conférence nationale sur le développement international économique et social (tenue à Washington, au mois d'avril), la répartition des Régions de l'OMS et des domaines d'activités de l'OMS et du BSP a été mise en évidence au moyen de panneaux peints et illuminés ; d'autre part, lors de la 89e réunion annuelle de l'American Veterinary Medical Association (tenue à Atlantic City au mois de juin), une exposition montrant les activités de l'OMS et du BSP, notamment en matière de médecine vétérinaire dans ses rapports avec la santé publique, a été classée au premier rang des douze expositions éducatives qui avaient été organisées au cours de cette réunion.

En 1952, 157 bourses d'études ont été accordées, dont 103 sur le budget ordinaire et 54 sur les fonds de l'assistance technique. Le Bureau régional a contrôlé plus de 100 bourses attribuées par d'autres Régions pour des études dans les Amériques.

Du 1er janvier au 30 novembre 1952, les fournitures et le matériel procurés aux pays de la Région ou à d'autres pays, pour des projets de l'OMS, comprenaient au total 4.373 articles représentant une valeur approximative de $1.887.485 (c.a.f.).

Bien qu'aucune épidémie sérieuse n'ait été enregistrée dans les Amériques en 1952, l'extirpation de certaines maladies et la destruction de leurs vecteurs ainsi que la prophylaxie générale sont demeurées au premier plan des préoccupations du Bureau régional. La fièvre jaune a continué à faire peser une menace sur les régions où elle sévissait en 1951 et on a constaté des poussées sporadiques dans d'autres territoires ; grâce toutefois à l'assistance de l'OMS et du Bureau Sanitaire Panaméricain, les autorités sanitaires des pays intéressés ont été plus promptes à discerner ces signes de danger et mieux armées pour y faire face. Le personnel des services de santé publique a été initié aux méthodes modernes de lutte contre les maladies de cette nature.

On ne saurait passer sous silence sans être incomplet l'œuvre accomplie par le Bureau Sanitaire Panaméricain en collaboration avec les services nationaux de santé publique ainsi que l'aide d'ordre administratif et technique qu'il a prêtée pour faciliter l'action de l'OMS, tant au Bureau de Washington que dans les différents pays.

Programmes régionaux

L'organisation de réunions d'étude (workshops) semble être depuis quelques années un moyen efficace de formation technique. La première réunion de ce genre qui ait eu lieu en Amérique latine a été consacrée aux infirmières et s'est tenue en 1950 au Chili, sous les auspices du Bureau Sanitaire Panaméricain ; elle a porté sur les principes directeurs de l'enseignement et de l'organisation des soins infirmiers. Une deuxième réunion de cet ordre (Guatemala, 1951), financée avec les fonds de l'assistance technique remis par l'Organisation of American States, a permis à des infirmières originaires de nombreux pays de procéder à de nouveaux et féconds échanges de vues sur des problèmes d'intérêt commun. Pour la troisième réunion (Lima, Pérou, du 30 juin au 8 août 1952), organisée conjointement par le Gouvernement péruvien, le Bureau Sanitaire Panaméricain et l'OMS, le thème de discussion choisi était l'enseignement des soins infirmiers dans les maladies transmissibles. La lutte contre ces maladies pose un problème sérieux dans tous les pays d'Amérique latine, qui manquent du personnel infirmier nécessaire pour les combattre et pour enseigner la prophylaxie et les soins à donner aux malades. Cette réunion d'étude a contribué à préparer des infirmières à des tâches de ce genre. Les

23 infirmières qui y ont participé étaient originaires des Etats suivants : Argentine, Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, Equateur, Paraguay, Pérou, Uruguay, et Venezuela. Occupant dans leur propre pays des postes de directrice ou de monitrice dans des écoles d'infirmières, ou chargées de la direction de services de santé publique, elles étaient en mesure d'exposer les problèmes qui se posent dans leur activité quotidienne et d'en rechercher la solution en confrontant leurs idées et les résultats de leur expérience. Les discussions qui avaient lieu lors des séances générales quotidiennes étaient suivies de réunions de groupes d'un caractère plus restreint permettant d'étudier certains problèmes d'intérêt commun. Les problèmes spéciaux pouvaient également faire l'objet de consultations individuelles. Les discussions ont fait ressortir que sur 52 écoles d'infirmières des Amériques, 17 seulement avaient organisé des cours sur les maladies transmissibles ; l'un des buts de cette réunion était précisément de mettre en évidence l'intérêt qu'il y aurait à inscrire des cours de ce genre dans les programmes d'études. Les débats ont été dirigés par une infirmière-monitrice appartenant au personnel du BSP, avec l'assistance d'experts-conseils venus du Brésil, du Chili, des Etats-Unis d'Amérique, du Panama et de Porto-Rico ; trois de ces derniers avaient acquis une précieuse expérience au cours des réunions analogues tenues les années précédentes.

Un expert-conseil de l'OMS spécialisé dans la salubrité des viandes a mené dans les Amériques une enquête au cours de laquelle il s'est rendu en Colombie, à Costa-Rica, dans l'Equateur, au Salvador, au Guatemala, au Mexique, au Nicaragua, au Panama, au Pérou, à Surinam, à la Trinité et au Venezuela et a visité diverses fabriques de conserves alimentaires aux Etats-Unis (Buffalo et Chicago) et au Canada.

A la suite des décisions prises en octobre 1951 par le Groupe technique de travail pour la réadaptation des personnes physiquement diminuées (créé par le Comité administratif de Coordination), une équipe spéciale, dirigée par un expert qu'avait désigné l'Administration de l'Assistance technique et comprenant des représentants de l'OIT et de l'OMS, s'est rendue en Amérique latine pour y faire une étude de la situation. L'OMS a envoyé un expert-conseil à court terme chargé de veiller à ce que les mesures de réadaptation qui pourraient être proposées puissent s'intégrer efficacement dans les programmes généraux de santé publique et de soins médicaux appliqués par les pays de l'Amérique latine. Arrivé au Brésil à la fin du mois d'août, cet expert a participé à l'étude des ressources qu'offre ce pays, afin d'organiser, dans le cadre du programme d'assistance technique, un centre de démonstrations pour la réadaptation des personnes physiquement diminuées. Cette équipe se rendra également au Chili, au Mexique et au Paraguay pour choisir l'emplacement qui se prêterait le mieux à la création de ce centre.

Durant l'été de 1951, une réunion d'experts de l'OIT s'est tenue à La Paz, en Bolivie, en vue d'examiner de quelle façon il serait possible de venir en aide à la population indigène des hauts plateaux des Andes ; celle-ci totalise, en Bolivie, dans l'Equateur et au Pérou, quelque dix millions d'habitants qu'il serait possible, pense-t-on, de faire participer de façon beaucoup plus active à la vie économique de ces pays. L'Organisation des Nations Unies, l'OIT, l'UNESCO, la FAO et l'OMS mènent en commun une enquête préalable afin de recommander en connaissance de cause les mesures propres à atteindre le but visé. Une équipe chargée de se rendre sur place et comprenant un groupe restreint d'experts a été désignée par ces organisations. L'expert de l'OMS en matière de santé publique aura pour tâche : 1) d'aider à délimiter les régions et les groupes de population auxquels s'adresseront les mesures envisagées ; 2) de confronter les études déjà effectuées sur les problèmes sanitaires de ces régions, et 3) de préparer, en consultation avec les autorités sanitaires des pays intéressés, des plans d'opérations pour l'exécution de projets sanitaires appropriés qui seront entrepris dans le cadre du programme d'assistance technique.

Au titre de l'assistance technique et en liaison avec le programme d'étude des maladies vénériennes et des techniques de laboratoire exécuté à Guatemala, il a été organisé des services consultatifs et des cours de vénéréologie et de sérologie à l'intention des étudiants des pays de l'Amérique centrale, du Panama et d'Haïti. L'OMS a envoyé un expert-sérologiste, qui est arrivé au Guatemala le 12 mars, et a donné des avis techniques sur l'organisation des travaux de laboratoire. Une aide a été également accordée en corrélation avec un colloque destiné aux chefs d'équipes de lutte antivénérienne, qui s'est tenu à San-José (Costa-Rica), au mois de juin, en même temps que le quatrième congrès de vénéréologie de l'Amérique centrale. L'expert-sérologiste a visité les divers laboratoires locaux et a dirigé une enquête en Amérique centrale et au Panama.

Le Bureau régional de l'Europe a invité la Région des Amériques à participer au colloque international sur la santé mentale et le développement du jeune enfant, qui a eu lieu à Chichester (Angleterre), du 19 juillet au 10 août. Six bourses d'études destinées à cet effet à la Région ont été attribuées par le Bureau de Washington à des participants venus du Canada, du Mexique, du Pérou, de Porto-Rico, de l'Uruguay et du Venezuela. Une allocation supplémentaire leur a été en outre accordée pour leur permettre de séjourner quatre semaines de plus en Europe afin d'y compléter leurs observations.

L'OMS a poursuivi, en collaboration avec le Gouvernement argentin, l'organisation d'un colloque sud-américain sur l'alcoolisme, qui doit se réunir à Buenos-Aires en mai 1953. L'Argentine, le Brésil, le Chili, le Paraguay et l'Uruguay participeront vraisemblablement à cette réunion. Cinq bourses ont été attribuées à des candidats de ces pays pour

leur permettre de se préparer, en vue de ce colloque, au Yale Centre for Alcohol Studies.

Un programme de lutte contre la fièvre jaune et de destruction des insectes a été amorcé en Amérique centrale avec l'aide de l'OMS et du FISE, dans le cadre du programme d'assistance technique ; à cet effet, trois membres du personnel de l'OMS ont été envoyés au Guatemala. Afin de faciliter l'exécution d'un projet analogue dans la zone des Antilles, (toujours dans le cadre du programme d'assistance technique), un inspecteur de l'OMS s'est rendu au mois d'octobre à l'île de Grenade, où il a commencé à initier le personnel local aux méthodes d'extirpation d'*Aëdes aegypti* et aux opérations de pulvérisations de DDT à effet rémanent. Par la suite, quatre membres du personnel local ont suivi un cours à Porto-Rico et ont regagné l'île de Grenade à la fin d'octobre. Les premiers envois de DDT procurés par le FISE sont arrivés.

Un membre du personnel de l'OMS a été attaché au Inter-American Center of Biostatistics à Santiago du Chili.

Un colloque sur le génie sanitaire en Amérique centrale s'est réuni au Nicaragua en novembre.

Les programmes envisagés pour cette Région comprennent les projets suivants : formation de personnel pour les opérations d'assainissement au Brésil, au Chili et au Mexique ; organisation d'un cours de formation pour la destruction des insectes au Brésil ; organisation d'un cours postuniversitaire en phtisiologie au Guatemala ; réunion de colloques sur la brucellose en Amérique du Sud, ainsi que sur l'éducation sanitaire et sur la phtisiologie ; organisation d'un cours de formation professionnelle à l'intention du personnel du service des eaux en Amérique centrale ; convocation d'une réunion d'étude sur les programmes d'enseignement infirmier ; et octroi d'une aide aux écoles de santé publique et de médecine. A la fin de l'année, 48 accords avaient été conclus avec des gouvernements en vue de l'octroi d'une aide imputée soit sur le budget ordinaire, soit sur les fonds de l'assistance technique.

Activités entreprises par les gouvernements avec l'aide de l'OMS

Les activités qui ont été ou doivent être financées au moyen des fonds de l'assistance technique sont marquées d'un astérisque.

Argentine

C'est à Buenos-Aires qu'a été établi l'un des trois centres régionaux FAO/OMS de la brucellose, les deux autres étant situés au Mexique et aux Etats-Unis d'Amérique. Ce centre [3] a poursuivi dans la province de Córdoba des études sur la brucellose des caprins, qui ont porté notamment sur l'emploi du vaccin Huddleson et sur les mesures sanitaires propres à enrayer la maladie. D'autre part, il a continué ses recherches sur l'application de l'épreuve de l'anneau ou épreuve ABR (Abortus Bang Ringprobe) sur les chèvres. L'Organisation lui a fait parvenir l'antigène nécessaire à l'exécution de cette épreuve, ainsi que d'autres fournitures.

Neuf bourses d'études ont été attribuées.

Iles Bahama

Une campagne de lutte contre les insectes, prévue au programme régional de la zone des Antilles, était en cours de préparation à la fin de l'année.*

Barbade

Une campagne de lutte contre les insectes, prévue au programme régional de la zone des Antilles, était en cours de préparation à la fin de l'année.*

Bolivie

Les campagnes nationales entreprises pour combattre le typhus se sont poursuivies en Bolivie et au Pérou avec le concours d'experts envoyés par l'OMS, les fournitures et le matériel étant procurés par le FISE. Un chef de zone a été désigné pour diriger ces campagnes. Le Gouvernement bolivien avait consenti à porter les crédits destinés à la lutte contre le typhus de deux millions à cinq millions de bolivianos par an, à dater du 1er juillet 1952. La campagne prophylactique a été poursuivie dans la région frontière où il a été possible de traiter 2.000 à 2.500 personnes par mois. L'augmentation des crédits, on le voit, a permis de protéger une partie de plus en plus étendue de la zone frontière. D'autre part, il a été procédé à des études épidémiologiques sur le typhus dans les régions rurales et sur les moyens de le combattre.

L'OMS a continué à donner des avis techniques pour l'aménagement de l'hôpital d'enfants de La Paz,* qui est équipé avec l'aide du FISE. Une liste du matériel nécessaire a été préparée et un plan établi pour la phase initiale de fonctionnement de l'hôpital, durant laquelle une importance particulière sera accordée au programme des bourses d'études. Un boursier a quitté La Paz en septembre pour suivre à Lima (Pérou) un cours de bibliothéconomie médicale qui doit durer huit mois, et un boursier se rendra pour six mois à l'Hôpital Obrero de Lima afin de s'y familiariser avec l'entretien des installations.

Les programmes actuellement envisagés concernent l'éducation sanitaire, l'enseignement infirmier,* la lutte contre la variole ainsi qu'une étude du système d'adduction d'eau de La Paz.

La Bolivie a reçu huit bourses d'études, dont six * au titre de l'assistance technique.

[3] L'OMS accorde au centre un appui financier sous forme d'une subvention inscrite, sous la rubrique correspondante, dans le budget ordinaire (Siège).

Brésil

L'OMS aide le Gouvernement brésilien à amorcer un programme de lutte contre la diphtérie et la coqueluche, auquel le FISE collabore en fournissant du matériel à l'Institut Oswaldo Cruz. En outre, un programme de protection maternelle et infantile et un projet portant sur la nutrition dans la vallée de l'Amazone sont en cours de préparation. Une enquête a été faite pour ce deuxième projet.* Un microbiologiste se rendra à la Faculté nationale de Pharmacie * et un expert en immuno-chimie sera envoyé à l'Institut Oswaldo Cruz.*

Le Brésil a reçu treize bourses d'études, dont une * au titre de l'assistance technique.

Guyane britannique

Une bourse d'études a été attribuée à ce pays.

Honduras britannique

Le programme de lutte contre les insectes a été poursuivi et des dispositions ont été prises pour l'exécution d'un projet de lutte contre la tuberculose.

Canada

Une bourse d'études a été attribuée à un Canadien.

Chili

A la suite des résultats obtenus dans la province de Santiago — où, à la fin de 1950, le Gouvernement avait entrepris, avec l'aide du FISE et de l'OMS, une campagne de vaccination contre la diphtérie et la coqueluche — ce programme a été étendu aux provinces de Concepción et d'Aconcagua. Dans la province de Santiago, 55.000 personnes environ avaient été vaccinées à la fin de 1951 ; à la fin de juin 1952, on avait pratiqué une première injection chez 90.000 sujets, une seconde chez 65.000, tandis que plus de 1.000 avaient reçu une injection de rappel. On prévoyait que plus de 100.000 sujets auraient été vaccinés vers la fin de 1952.

Dans la province de Concepción, on a administré, durant la même période, une première injection à quelque 14.000 sujets, une seconde à 6.000, ce qui représente un tiers du nombre prévu, et 167 personnes ont reçu une injection de rappel ; dans la province d'Aconcagua, on a pratiqué une première injection sur un millier de sujets et une seconde sur environ 400. A la fin de l'année, 18.000 personnes devaient avoir été vaccinées dans la province de Concepción, et près de 10.000 dans celle d'Aconcagua.

Les Michigan State Health Laboratories (Etats-Unis d'Amérique) ont estimé, sur la base des essais poursuivis, que le vaccin associé contre la diphtérie et la coqueluche, envoyé pour examen par le Chili et la Colombie, était conforme aux normes adoptées par les United States National Institutes of Health.

L'exécution du programme établi pour organiser, améliorer et développer les services d'hygiène de la maternité et de l'enfance, notamment dans les régions rurales, a été poursuivie dans quatre districts et le FISE a fourni du matériel pour les quatre centres. On se propose d'examiner, et au besoin de soigner, 90.000 mères et enfants vivant dans cette région, où la prophylaxie doit surtout viser la tuberculose.

Trois bourses d'études ont été attribuées à des infirmières chiliennes qui, après avoir suivi des cours spéciaux aux Etats-Unis d'Amérique, doivent participer, à Santiago, à un projet de formation d'infirmières pour la lutte contre les maladies transmissibles. La lutte contre ces maladies pose, on l'a vu, un problème pressant dans tous les pays de l'Amérique latine. Pour préparer des monitrices à cette tâche, on envisage de créer un centre de formation professionnelle en Amérique du Sud,* car il est difficile de trouver aux Etats-Unis un hôpital se prêtant à l'étude des maladies transmissibles répandues dans l'Amérique latine.

A la fin de l'année, des plans étaient à l'étude en vue de l'exécution d'un projet d'évacuation des ordures ménagères, de la création d'une zone de démonstrations sanitaires à Concepción,* d'une aide pour la lutte contre les maladies transmissibles,* ainsi que pour l'agrandissement de la fabrique de pénicilline de l'institut de bactériologie du Chili.*

Le Chili a reçu quatorze bourses d'études.

Colombie

Le programme de vaccination en série contre la diphtérie et la coqueluche a été mené à bonne fin à Cúcuta (où les premières injections avaient été administrées en septembre 1950), ainsi qu'à Pamplona, Manizales et Pereyra, et les autorités locales procèdent actuellement aux vaccinations courantes. Jusqu'au mois de juillet, les vaccinations avaient été opérées comme suit : première injection chez quelque 140.000 sujets ; deuxième injection chez 100.000 et troisième injection chez 70.000. A Pamplona et à Santa Rosa de Cabal, 72 et 68 %, respectivement, de la population à vacciner avaient reçu les trois injections. Le vaccin associé contre la diphtérie et la coqueluche, préparé pour ce programme par l'Institut Samper Martínez, a été soumis aux essais réglementaires dans cet établissement et des échantillons en ont été envoyés, pour contrôle, aux Michigan State Health Laboratories. Les résultats obtenus prouvent que les plans d'opérations établis pour chacune des phases de la campagne (éducation sanitaire, formation du personnel, vaccination et contrôle statistique) répondent de façon satisfaisante aux objectifs visés. La population a fait preuve d'un excellent esprit de coopération, ce qui doit être attribué, pour une large part, semble-t-il, à une propagande très efficace. Dans chaque localité, les dirigeants de la campagne ont, dès l'origine, pris contact avec les autorités sanitaires, scolaires et religieuses et ont fait des déclarations à la presse et à la radio. Le spécialiste local de l'éducation sanitaire a également prêté son concours.

L'OMS a collaboré, par ailleurs, à l'exécution d'un programme de formation de sages-femmes *, qui prévoyait notamment la création d'une section d'obstétrique à l'Ecole de Santé publique. Il s'agissait de constituer un noyau d'infirmières sages-femmes très expérimentées qui rempliront le rôle de monitrices et de chefs de groupe et formeront des sages-femmes dans les régions rurales. L'enseignement théorique a commencé au mois de février avec six élèves seulement, étant donné le nombre très limité de candidates. A la fin du premier cours pour les infirmières-monitrices d'obstétrique, cinq élèves ont obtenu un diplôme et un second cours a débuté à l'intention de cinq élèves dont la candidature avait été retenue. La formation pratique a commencé en mars 1952 dans les consultations prénatales de l'Hôpital San-José et de l'un des centres sanitaires, ainsi qu'à la Maternité même. Six médecins locaux (deux médecins accoucheurs, un pédiatre, un nutritionniste et deux médecins résidants) ont été chargés par le Gouvernement de participer à l'enseignement. Un service d'accouchements à domicile a été organisé. L'équipe internationale a été complétée par l'adjonction d'une nouvelle infirmière sage-femme. La date d'ouverture du premier cours de démonstrations pour sages-femmes a été fixée pour le début de 1953.*

Un vaste projet de lutte contre les insectes * a été commencé en avril avec l'aide de l'OMS et du FISE. Un programme pour la destruction d'*Aëdes aegypti*, exécuté jusqu'à cette date par un service créé en vertu d'un accord entre la Colombie et le Bureau Sanitaire Panaméricain, a été poursuivi sans interruption, dans le cadre du projet susvisé. Sous la direction et le contrôle d'experts-paludologues et d'entomologistes spécialisés, on a procédé dans les diverses régions du pays à la destruction d'*Aëdes aegypti*, à des examens de frottis de sang, à la capture de moustiques adultes et à des pulvérisations de DDT. Entre le 14 avril, date où débutèrent les opérations et le 15 novembre, plus de 114.000 habitations ont été traitées. Des frottis de sang ont été examinés et des insectes capturés en des lieux spécialement choisis. Sur les 21.294 frottis de sang examinés jusqu'au 25 septembre, 713 provenant pour la plupart du Département de Magdalena ont été reconnus positifs. A la fin du mois de septembre, 338 localités avaient été inspectées, et des anophèles avaient été découverts dans 157 d'entre elles ; 3.912 habitations avaient été examinées et 3.610 anophèles capturés. Au nombre des localités exemptes d'*Aëdes aegypti* figurent Barranquilla et Cartagena, les deux principaux ports de la Colombie, où des résultats négatifs ont été enregistrés pour la première fois lors d'un contrôle effectué après traitement au DDT. Ce programme a suscité un vif intérêt dans la population ; dans certaines localités, qui ne disposent pas de canalisations d'eau et où la population doit acheter celle-ci à des prix relativement élevés, il a été possible d'obtenir sans difficulté et gratuitement les quantités d'eau nécessaire pour la préparation de suspensions de DDT.

A la fin de l'année, des programmes étaient en cours de préparation pour aider la Colombie à organiser, à l'hôpital San Juan de Dios de Bogota, la formation d'un personnel de santé publique et d'experts en administration hospitalière, ainsi que pour faciliter l'exécution de différents projets relatifs au génie sanitaire,* à la médecine vétérinaire * et à l'administration de la santé publique.*

La Colombie a reçu sept bourses d'études, dont cinq * au titre de l'assistance technique.

Costa-Rica

L'exécution du projet d'enseignement infirmier, entrepris à l'école d'infirmières de San-José avec l'aide d'une équipe internationale de quatre membres, a été poursuivie.* Un budget spécial a été établi en 1952 pour l'école d'infirmières, et diverses institutions gouvernementales ont attribué un certain nombre de bourses d'études pour permettre à toutes les étudiantes ayant besoin d'une aide financière de suivre les cours de la première et de la seconde année. L'enseignement a débuté le 3 mars, avec 128 élèves inscrites : 43 d'entre elles suivaient les cours de la troisième année, 65 ceux de la seconde année et 20 ceux de la première année. L'enseignement de la médecine préventive et sociale a été compris dans tous les cours, et un certain nombre de visites dans des établissements sanitaires publics ont été organisées par le Service des Soins infirmiers de Santé publique. Le stage de formation pratique de deux mois qu'effectuent dans ce Service les infirmières qui ont obtenu leur diplôme en décembre 1951 a eu lieu en janvier et en février. Huit infirmières ont achevé ce cours intensif de formation pratique et quatre d'entre elles travaillent actuellement dans le Service précité ; deux autres ont été nommées monitrices à l'école d'infirmières. Quatre monitrices, qui avaient bénéficié du programme de bourses d'études de 1951-1952 et qui avaient regagné Costa-Rica, ont été adjointes au personnel enseignant de l'école ; cinq autres infirmières sont actuellement formées en application du programme de 1952-1953. Le corps enseignant de l'école a été ainsi renforcé, et le Gouvernement a continué par ailleurs à organiser l'enseignement infirmier. Il a fait connaître, par voie de publicité, les possibilités qu'offre cette école pour la formation professionnelle des infirmières.

Un programme de vaccination par le BCG a été entrepris à Costa-Rica avec l'aide de l'OMS et du FISE. La population à protéger a été soumise à la tuberculino-réaction et les sujets qui n'ont pas réagi ont été vaccinés. Il résulte d'un relevé statistique établi à la fin du mois d'août que 112.497 personnes ont subi l'épreuve tuberculinique et 106.157 l'ont complétée ; 84.345 ont été reconnues négatives et, sur ce nombre, 83.348 ont été vaccinées. Le conseiller de l'OMS pour le projet de vaccination

au BCG a séjourné à Costa-Rica afin de surveiller l'exécution du programme de contrôle qui s'est déroulé du 28 juillet au 16 août, et le statisticien de l'OMS a prêté son concours pour l'établissement et le dépouillement des statistiques.

A la fin de l'année, des plans étaient prévus pour l'envoi à Costa-Rica d'un ingénieur pour la construction d'abattoirs.

Costa-Rica a reçu cinq bourses d'études au titre de l'assistance technique.*

Cuba

Des plans ont été établis en vue d'aider Cuba à mener à bonne fin un programme de lutte contre les insectes.*

Une bourse d'études a été attribuée à Cuba.

République Dominicaine

Le Gouvernement a entrepris, avec l'aide de l'OMS et du FISE, une campagne de lutte antipaludique et de destruction radicale d'*Aëdes aegypti* sur l'ensemble du territoire ; ce programme, qui comporte l'emploi des nouveaux insecticides, permettra de lutter concurremment contre d'autres maladies transmises par des insectes justiciables des mêmes insecticides.* L'entomologiste-conseil de l'OMS et un inspecteur se sont rendus dans la République Dominicaine en vue de participer à son exécution ; on a commencé à former le personnel nécessaire et à délimiter les districts qui doivent être traités.

Un projet prévoyant une aide pour l'extirpation du pian était en cours d'élaboration.*

Deux bourses d'études ont été attribuées.

Equateur

Afin de faciliter la création d'un centre d'enseignement de la phtisiologie et l'exécution d'un projet de vaccination par le BCG, l'OMS a envoyé un expert-conseil en physiopathologie pulmonaire, ainsi qu'un bactériologiste spécialisé en tuberculose. Ces deux spécialistes ont achevé leurs travaux en juillet et en août 1952 respectivement. Les deux programmes continuent actuellement sous le contrôle de directeurs nationaux. Le personnel local a été récemment renforcé par l'adjonction de deux infirmières de santé publique, d'un clinicien et d'un technicien de laboratoire. Les 19 dispensaires et centres sanitaires qui ont poursuivi le programme de vaccination en série par le BCG exécuté par la Campagne internationale contre la Tuberculose en 1951 ont soumis à la tuberculino-réaction de 5.000 à 6.000 personnes par mois, dont 2.500 à 3.500 ont été vaccinées. Entre le début de cette campagne complémentaire (juillet 1951) et le mois d'août 1952, plus de 25.000 personnes ont été testées et 16.000 d'entre elles ont été vaccinées. Le FISE a continué à envoyer du vaccin BCG.

Le laboratoire bactériologique rattaché au centre d'enseignement de la phtisiologie examine mensuellement plus de 500 prélèvements. Les recherches sur le problème des saprophytes ont été poursuivies et la proportion des cultures signalées comme saprophytes est tombée, pour l'ensemble des échantillons qui cultivaient au mois de février, de 30% à moins de 1%, ce qui constitue un taux normal. Un cours sur le diagnostic bactériologique de la tuberculose, avec enseignement théorique et démonstrations de laboratoire, a été organisé à l'intention des médecins et des techniciens. Le conseiller international en bactériologie, au cours d'entretiens avec les médecins de divers hôpitaux et dispensaires, leur a expliqué la nature des examens effectués ainsi que l'utilité clinique des travaux de laboratoire. Une amélioration sensible a été constatée dans les techniques utilisées et dans le rendement général du personnel de laboratoire. La section de physiopathologie pulmonaire s'est mise à l'œuvre aussitôt le matériel installé et les cours de formation ont commencé. A Guayaquil, on s'est efforcé également de former le personnel aux méthodes d'examen et de l'initier aux problèmes d'assistance sociale.*

Un biologiste pour le BCG, engagé par l'OMS en qualité d'expert-conseil à court terme, est arrivé à Guayaquil le 1er août pour prêter son concours au laboratoire de production du BCG créé dans cette ville par le Gouvernement. Le matériel envoyé par le FISE a été installé dans le laboratoire qui a été officiellement inauguré le 9 août. Après l'expiration du contrat de l'expert-conseil, le bureau de zone a continué à donner des avis relatifs à ce projet.

L'OMS a participé également à la lutte antivénérienne entreprise à Manta, port maritime important qui compte 19.000 habitants.* Une localité plus isolée se prêterait mieux à l'exécution du projet, car Manta est facilement accessible de Quito et de Guayaquil par avion et de Portoviejo par la route. L'OMS a envoyé un syphiligraphe et une infirmière de santé publique qui a initié les infirmières nationales aux techniques générales des soins infirmiers. Deux de ces infirmières avaient travaillé précédemment au projet expérimental de lutte antisyphilitique par la pénicillinothérapie en série, qui avait été exécuté à Portoviejo avec l'aide d'une équipe de l'OMS. La première phase du programme en cours, celle de la récolte d'échantillons, qui a débuté le 1er avril et s'est terminée le 30 juin, a permis d'étendre l'enquête à 4.500 personnes, soit 25% de la population de Manta. La seconde étude a débuté le 1er septembre. La réaction a été positive chez 11,5% des personnes examinées et celles-ci ont été maintenues en observation. Le nombre de personnes qui se sont présentées spontanément au dispensaire pour faire analyser leur sang ou demander des conseils au sujet de la syphilis ou d'autres problèmes semble prouver que la population a su comprendre l'objet de l'action entreprise.

Des plans ont été préparés en vue de la création d'une zone de démonstrations sanitaires et de l'exécution de projets intéressant la protection

maternelle et infantile,* la lutte contre la fièvre jaune,* l'enseignement de la médecine vétérinaire (Université de Loja).* Une aide sera accordée à l'Institut national de la Santé,* et l'on enverra des experts pour les questions d'hygiène scolaire et d'éducation sanitaire,* pour la lutte contre le paludisme et l'enseignement de la médecine vétérinaire en relation avec la santé publique.* Un botaniste sera d'autre part mis à la disposition de l'Institut national de la Nutrition.*

L'Equateur a reçu onze bourses d'études, dont cinq * au titre de l'assistance technique.

Salvador

L'action entreprise depuis 1951 dans la zone de démonstrations sanitaires du Salvador,* avec l'aide de l'OIT, de la FAO, de l'UNESCO et de l'OMS, vise à créer un réseau complet de services de santé publique. L'équipe internationale de l'OMS envoyée dans cette zone comprend un administrateur de la santé publique, un ingénieur sanitaire, deux experts-conseils en soins infirmiers, un technicien de l'assainissement et un statisticien. Les premiers cours de formation organisés à l'intention du personnel national appelé à collaborer à ce projet ont été suivis par 49 personnes — infirmières, inspecteurs sanitaires et infirmières auxiliaires. La première phase du programme a donc pris fin et un plan d'opérations a été arrêté et adopté par le Gouvernement. Des cours complémentaires de formation ont été suivis par quatre médecins, un dentiste, douze inspecteurs sanitaires et plusieurs infirmières auxiliaires de santé publique. Les infirmières de santé publique ont commencé à organiser leur travail dans les villes de Quezaltepeque, Apopa, Nejapa et Guazapa, après avoir étudié les conditions locales. Des enquêtes sur la nutrition ont été menées à bonne fin dans trois localités. Les travaux du dispensaire de Quezaltepeque ont été poursuivis et des services sanitaires ont été créés. Le matériel et les fournitures envoyés par l'OMS sont arrivés à destination et des manuels traitant des soins infirmiers et des méthodes sanitaires modernes sont en cours de préparation. Des études de génie sanitaire et divers travaux ont été entrepris en ce qui concerne l'aménagement des écoles, des places de marché, des abattoirs, des canalisations d'eau et des égouts. L'OMS a envoyé un hydraulicien qui apprendra au personnel national comment utiliser le matériel fourni, en application du programme d'assistance technique, pour l'exécution d'un projet visant à améliorer l'approvisionnement en eau des localités de la région. Se fondant sur les résultats obtenus dans la zone de démonstrations en 1952 et les travaux effectués jusqu'ici dans le cadre de ce programme, les pouvoirs publics ont établi un plan d'opérations pour 1953 qui a été soumis, pour examen, à l'équipe internationale.

Les membres de l'équipe de l'OMS qui collaborent au projet de démonstrations antituberculeuses se sont rendus dans les villes de San-Vicente et de San-Miguel, où la campagne s'était déroulée précédemment, afin de donner des avis sur sa continuation et d'en discuter avec le personnel médical et infirmier des hôpitaux et des dispensaires. L'équipe, qui comprend un médecin-conseil en chef, un conseiller en radiologie, un bactériologiste et une infirmière de santé publique, a travaillé récemment dans la ville de Sonsonate (qui compte 20.000 habitants) où elle a procédé à des examens fluoroscopiques, au test de Mantoux, et a radiographié les personnes suspectes de tuberculose ; elle a pu déceler ainsi un certain nombre de cas nouveaux — dont quelques-uns étaient probablement de forme non évolutive ou n'avaient pas un caractère évolutif manifeste — et elle a vacciné au BCG les sujets tuberculino-négatifs, y compris des nouveau-nés. Des pneumothorax et d'autres interventions chirurgicales ont été pratiqués et des antibiotiques ont été administrés. Le laboratoire central d'analyses médicales de San-Salvador a cherché à déceler la présence de bacilles acido-résistants dans des échantillons de crachats, de lavages gastriques, etc., soit par examen microscopique direct, soit par examen des cultures. Grâce à ces activités courantes, à des discussions et à des cours proprement dits, l'équipe a pu compléter la formation du personnel national appelé à fournir les cadres pour la continuation du projet. D'autre part, le personnel affecté à la campagne antituberculeuse entreprise par le Département de la Santé dans la ville de Santa-Ana (55.000 habitants) a bénéficié d'avis techniques et d'une initiation en radiographie.

Les résultats obtenus à Sonsonate ont produit une vive impression sur les malades d'autres localités qui se sont présentés à leur tour pour être traités. Les médecins locaux et ceux des villes avoisinantes y ont envoyé leurs malades pour les faire examiner et certains d'entre ces derniers y sont restés pour continuer le traitement. D'autres médecins sont venus de régions éloignées pour des consultations. Comme le programme tirait à sa fin à Sonsonate, l'équipe s'est rendue à Zacatecoluca pour y organiser la campagne antituberculeuse. Le projet a été prolongé jusqu'à la fin de 1952.

L'exécution du programme de vaccination en série par le BCG, qui avait débuté en septembre 1951 avec l'aide de l'OMS et du FISE, a été poursuivie. Un statisticien de l'OMS s'est rendu au mois d'août au Salvador pour collaborer aux travaux de statistique et un conseiller BCG a participé à une enquête générale sur les opérations. Les travaux de statistique entrepris à l'occasion de la campagne ont été analysés et soumis à un examen critique, à la suite duquel des recommandations ont été formulées et un programme de tuberculino-réactions de contrôle a été mis au point.

Le Salvador a reçu trois bourses d'études au titre de l'assistance technique.*

Guatemala

Le programme de formation professionnelle en vénéréologie* organisé dans la ville de Guatemala est décrit à la page 81.

Un projet de destruction des insectes et de lutte contre la fièvre jaune a été entrepris dans le cadre du programme régional de l'Amérique centrale.*

Une aide a été accordée à la ville de Guatemala pour l'élaboration des plans et la mise sur pied d'un système d'évacuation des ordures ménagères.*

D'autre part, des programmes étaient à l'étude pour la lutte antituberculeuse et l'organisation de services sanitaires ruraux.

L'OMS a continué de prêter assistance à l'Institut de la Nutrition de l'Amérique centrale et du Panama.*

Le Guatemala a reçu trois bourses d'études, dont une * au titre de l'assistance technique.

Haïti

Le programme d'extirpation du pian et de lutte contre la syphilis en milieu rural, entrepris avec l'aide de l'OMS et du FISE, a été poursuivi. Depuis qu'il a été amorcé (en octobre 1951) jusqu'au 31 août 1952, le nombre de personnes traitées au cours des visites systématiques des habitations a été de plus de 360.000, ce qui, compte tenu des malades soignés dans les dispensaires entre juillet 1950 et octobre 1951, représente un total de plus de 750.000. Des progrès marquants ont été enregistrés dans la lutte contre le pian. La méthode des visites systématiques des habitations s'est révélée particulièrement efficace dans une campagne de ce genre ; elle a permis d'atteindre régulièrement, dans chaque district rural, plus de 90% de la population, avec une moyenne de 96% pour l'ensemble des districts. En outre, ces visites effectuées à domicile ont fait comprendre à la population que le Gouvernement s'efforce par ce moyen de lui venir en aide, ce qui facilitera à l'avenir l'exécution de tout autre programme établi à l'échelle nationale. L'action entreprise selon cette méthode se prolongeant davantage que le traitement dans les dispensaires, il n'était pas rare de rencontrer au marché et dans les villes des personnes dont les lésions s'étaient cicatrisées pendant que l'équipe travaillait encore dans la région. Ces preuves manifestes de la régression du mal constituent, aux yeux de la population, un argument décisif en faveur du traitement. Les informations sur le travail accompli se sont propagées rapidement, car les personnes ayant bénéficié du traitement se rendent chaque semaine au marché, très éloigné de leur domicile, et y rencontrent des amis originaires de régions non encore visitées par l'équipe. Lorsque celle-ci se rend ensuite dans ces régions pour y entreprendre son action, l'utilité du traitement y est déjà connue et la population lui fait bon accueil. Six semaines au moins avant l'arrivée de l'équipe, on fait appel aux dirigeants locaux, afin de les éclairer sur l'objet du programme et de les inviter à collaborer. L'équipe chargée de délimiter les secteurs, dont l'arrivée précède de six à huit semaines celle de l'équipe traitante, contribue également à la propagande en faveur du programme. L'efficacité de la méthode analysée ici est prouvée par la diminution massive, après le départ de l'équipe, du nombre de personnes qui se présentent dans les dispensaires et les consultations, ce qui atteste l'importance des progrès réalisés dans l'extirpation de la maladie. L'observation des malades à Bainet et l'enquête entreprise dans la zone méridionale du pays ont été poursuivies. L'activité du laboratoire a continué à se développer, en raison notamment du nombre croissant d'échantillons de sang envoyés de Bainet.

Un spécialiste en sérologie a été envoyé par l'OMS à Haïti, en juillet, pour collaborer à l'exécution du projet et des dispositions ont été prises pour intensifier les travaux du laboratoire et organiser la formation de techniciens.

Trente-six candidats à des postes d'inspecteurs ont suivi un cours organisé à leur intention et ont bénéficié d'autre part d'une formation hospitalière. Un expert à court terme a étudié le projet en août et en septembre et a déposé son rapport.

Un médecin de Haïti s'est rendu à Bangkok pour présenter une communication lors du colloque sur le pian, organisé dans la Région de l'Asie du Sud-Est avec l'aide de l'OMS.

L'OMS a envoyé une infirmière de santé publique en qualité d'expert-conseil pour le projet d'éducation de base que le Gouvernement de Haïti et l'UNESCO ont entrepris dans la vallée du Marbial.*

L'aide prévue pour Haïti comporte des programmes pour la démonstration de services sanitaires locaux à Petit Goave * (programmes établis à la suite de l'enquête faite en 1952) et pour la destruction des insectes * et la lutte contre la tuberculose.

Haïti a reçu cinq bourses d'études, dont deux * au titre de l'assistance technique.

Honduras

Un conseiller de l'OMS en éducation sanitaire, attaché en qualité d'expert-conseil au Gouvernement de ce pays, est arrivé à Tegucigalpa au mois de mai pour collaborer à un projet entrepris avec l'aide du FISE ; il s'agit d'améliorer l'œuvre d'éducation sanitaire entreprise par les services de santé publique et de mettre au point un programme d'ensemble pour tout le pays. Quelques bourses d'études et une quantité limitée de fournitures ont été également attribuées pour la mise en œuvre de ce projet.*

On a entrepris, dans le cadre du programme régional de l'Amérique centrale, un programme de lutte contre la fièvre jaune et contre les insectes.*

Le Honduras a reçu deux bourses d'études, dont une * au titre de l'assistance technique.

Jamaïque

L'OMS a envoyé un médecin bactériologiste pour collaborer à l'exécution du programme antituberculeux entrepris avec l'aide du FISE. Il s'est attaché

à réorganiser le laboratoire de phtisiologie pour en faire un service central d'analyses médicales. Un programme de formation a été mis au point pour les bactériologistes et un aide-radiologiste sera envoyé par l'OMS.*

Dans le cadre du programme de vaccination en série par le BCG, qui a débuté à la Jamaïque en septembre 1951 avec l'aide de l'OMS et du FISE, environ 343.000 personnes avaient été testées, à la fin du mois d'août 1952. Sur ce nombre, quelque 136.000 ont été reconnues positives et 180.000 environ, à réaction négative, ont été vaccinées. La campagne s'est poursuivie de façon satisfaisante et la population a continué à lui faire bon accueil.

Un projet d'aide pour la lutte contre les insectes,* dans le cadre du programme régional de la zone des Antilles, était à l'étude.

La Jamaïque a reçu deux bourses d'études au titre de l'assistance technique.*

Iles sous le Vent

Un projet de vaccination par le BCG, et un projet de lutte contre les insectes * se rattachant au programme régional de la zone des Antilles, étaient à l'étude.

Mexique

Donnant suite à une demande d'aide du Mexique pour l'ouverture, en 1952, d'un cours destiné aux infirmières-monitrices, l'OMS a fourni du matériel d'enseignement et a envoyé pour six mois un expert-conseil en enseignement infirmier, qui est chargé de participer à la préparation, à l'organisation et à l'exécution de ce programme.* Il s'agissait notamment de démontrer comment l'enseignement des questions de santé publique et d'assistance sociale peut être introduit dans le programme d'études des infirmières. Ce cours a été suivi par des infirmières-monitrices, des infirmières en chef et des surveillantes attachées aux services de santé publique de diverses institutions gouvernementales. Trente infirmières diplômées se sont inscrites à ce cours, qui a débuté le 14 janvier. C'était la première fois qu'un enseignement de ce genre, donné et dirigé par des infirmières, était organisé au Mexique et les intéressées, y compris la coordonnatrice du cours, ont reçu ainsi la formation nécessaire pour diriger des programmes analogues à l'avenir. Le perfectionnement des infirmières professionnelles au Mexique est attesté par les modifications apportées au règlement de l'Ecole d'infirmières rattachée à l'Université nationale autonome, notamment par l'introduction d'une disposition prescrivant que les futures candidates devront, pour être admises à l'Ecole, avoir accompli un cycle d'études complet de 12 années. D'autre part, les autorités universitaires ont été amenées à reconnaître la nécessité de procurer aux élèves-infirmières des logements dans l'établissement, des salles d'étude satisfaisantes, un matériel d'enseignement approprié et de leur donner un personnel enseignant compétent pour la formation professionnelle des infirmières.

L'expert-conseil de l'OMS qui avait été affecté au Centre régional d'Education de base pour l'Amérique latine, à Patzcuaro, a continué à organiser des cours d'éducation sanitaire. Il a, comme en 1951, aidé ce centre à inclure tous les aspects de l'éducation sanitaire dans le programme général, théorique et pratique, d'éducation de base. Responsable envers l'OMS du point de vue technique, cet expert-conseil est placé sous l'autorité générale du Directeur du centre, qui fait partie du personnel de l'UNESCO. La formation donnée par ses soins aux membres du corps enseignant a porté notamment sur des éléments de médecine préventive et sur les méthodes d'éducation sanitaire. Les élèves-maîtres de ce centre ont continué à diriger, dans les collectivités avoisinantes, les travaux visant à améliorer les conditions d'hygiène dans les écoles et les habitations, à assurer l'approvisionnement en eau salubre, à inculquer des habitudes d'hygiène aux écoliers et à les vacciner contre la diphtérie et la coqueluche. Dans l'éducation sanitaire de la population, on a tout particulièrement fait ressortir la valeur de la vaccination. La population des collectivités intéressées a prêté la main à l'exécution de ce projet ainsi qu'à l'amélioration des installations.*

Un projet a été entrepris en vue d'aider le Mexique à produire un nouveau vaccin, actif et inoffensif, contre la rage, et de conseiller le Gouvernement sur ses modalités d'application. La rage est considérée comme la cause la plus importante des pertes de bétail au Mexique, où cette maladie est transmise aux animaux, dans certaines régions, par des vampires aussi bien que par des chiens. L'OMS a envoyé deux conseillers internationaux et a fourni un matériel spécial de laboratoire pour assurer la production du vaccin en grand. On a estimé que ce projet serait profitable à la fois à la santé publique et à l'agriculture. Les autorités des Etats-Unis d'Amérique sont intéressées à son exécution, la présence de cas de rage le long de leur frontière avec le Mexique mettant en danger, à leur avis, la population et le bétail sur leur propre territoire.*

A Mexico, le Centre FAO/OMS de la Brucellose a poursuivi ses études.[4]

Enfin, les plans établis en vue d'une aide ultérieure concernent la lutte contre les insectes, l'action antivénérienne dans la région frontière,* la formation d'infirmières psychiatriques et l'organisation, en 1953, d'un cours pour infirmières-monitrices.*

Le Mexique a reçu douze bourses d'études, dont sept * au titre de l'assistance technique.

Antilles néerlandaises

Un projet de lutte contre les insectes, qui se rattache au programme de la région des Antilles, * était à l'étude.

---

[4] L'OMS finance cette activité au moyen d'une subvention inscrite, sous la rubrique correspondante, dans le budget ordinaire (Siège).

Les Antilles néerlandaises ont reçu trois bourses d'études au titre de l'assistance technique.*

Nicaragua

L'expert-conseil de l'OMS qui collabore au programme d'éducation sanitaire entrepris avec l'aide du FISE a visité des centres sanitaires afin de déterminer les activités qui pourraient bénéficier d'une aide de l'OMS et d'étudier les conditions locales d'hygiène qu'il serait possible d'améliorer par l'éducation sanitaire. Il s'est documenté sur le fonctionnement des divers services et sections du Ministère de la Santé dans les villes de Managua et Léon, et sur l'état général de la population dans le département de Managua. Il a amorcé un programme d'éducation sanitaire dans une collectivité rurale et a établi un plan d'opérations pour la section compétente du Ministère. Les membres du corps enseignant, les médecins et infirmières des écoles, et les infirmières de santé publique ont continué à être initiés aux méthodes d'éducation sanitaire. Ce projet sera poursuivi après le départ de l'expert-conseil, dont le contrat arrive à expiration à la fin de 1952.*

D'autre part, un programme de destruction des insectes et de lutte contre la fièvre jaune a été entrepris avec l'aide de l'OMS et du FISE, dans le cadre du projet régional de l'Amérique centrale.*

Un projet prévoyant une aide pour l'organisation d'un service sanitaire local était à l'étude.

Le Nicaragua a reçu une bourse d'études au titre de l'assistance technique.*

Panama

L'Organisation a prêté son appui pour le développement des services sanitaires ruraux, notamment pour l'organisation de la protection maternelle et infantile et de la lutte contre la tuberculose. Elle a également été priée d'aider à la formation du personnel et à l'équipement de centres sanitaires et de services de laboratoire, le matériel nécessaire devant être fourni par le FISE. En vue de l'exécution de ce projet, l'OMS a envoyé un biologiste ainsi qu'une infirmière de santé publique et a attribué des bourses pour la formation du personnel national appelé à travailler dans les services de santé publique.*

Un programme de destruction des insectes et de lutte contre la fièvre jaune a été entrepris au Panama dans le cadre du programme régional de l'Amérique centrale.*

Des dispositions ont été prises en vue d'aider le Gouvernement de ce pays à améliorer la bibliothèque de santé publique et à organiser des cours pour la formation de techniciens de laboratoire.*

Le Panama a reçu quatre bourses d'études, dont trois * au titre de l'assistance technique.

Paraguay

Au début de l'année, les cinq projets décrits ci-après ont été intégrés dans le programme général de santé publique en cours d'exécution dans la région d'Assomption-Villarrica ; celle-ci a été choisie, entre autres raisons, parce qu'un dixième environ de la population du pays s'y trouve concentré.

Le Gouvernement a demandé une aide en vue de l'intensification des campagnes antipaludique et antiamarile entreprises avec l'aide technique de l'OMS et l'assistance financière du FISE.* Pour ce programme, qui vise à combattre le paludisme, extirper la fièvre jaune, prévenir la réinfestation du pays par *Aëdes aegypti*, lutter contre d'autres maladies transmises par des arthropodes et enseigner aux techniciens et aux auxiliaires paraguayens des méthodes efficaces pour la destruction des insectes, l'OMS a désigné un paludologue et a chargé un technicien de l'assainissement de contrôler, en qualité d'inspecteur, la destruction d'*Aëdes aegypti*.

La tuberculose pose au Paraguay un grave problème, la mortalité due à cette maladie n'étant dépassée que par celle de certaines parasitoses ainsi que de la diarrhée et de l'entérite infantiles. L'OMS a été priée d'accorder une aide à la fois technique et matérielle pour intensifier l'action antituberculeuse et organiser des démonstrations en milieu rural.* Pour ce projet, qui a été amorcé au milieu de 1952, elle a envoyé une infirmière de santé publique ainsi qu'un médecin bactériologiste, procuré du matériel et des fournitures, et attribué une bourse d'études. Le projet vise principalement à assurer la formation du personnel national, à introduire des méthodes exactes de diagnostic bactériologique, à dépister les malades, à démontrer et à appliquer différentes méthodes de traitement ambulatoire. Le projet a été étendu à quatre localités rurales situées en dehors de la région d'Assomption-Villarrica.

Dans la région d'Assomption-Villarrica, on a poursuivi l'exécution du projet entrepris au début de septembre 1951 avec l'assistance du FISE afin de pourvoir à la protection maternelle et infantile* par la création de centres sanitaires rattachés aux services généraux de santé publique. Le conseiller de l'OMS pour l'hygiène de la maternité et de l'enfance est arrivé au terme de son contrat et, à la fin de l'année, on procédait au recrutement de son successeur. Le Centre de Fernando de la Mora a été créé et doté d'un équipement aussi complet que possible ; il a commencé à s'occuper de la protection maternelle et infantile, de la lutte antivénérienne et de l'éducation sanitaire. On s'est préoccupé tout spécialement de parfaire la formation du personnel en fonction au centre ainsi que celle de deux médecins, candidats aux postes de directeurs d'autres centres sanitaires. Indépendamment des consultations pour enfants, on a envisagé des consultations pré- et postnatales ; l'hygiène dentaire a commencé à retenir l'attention ; un cours pour infirmières auxiliaires est en voie d'organisation ; et on a entrepris de vacciner la population d'abord contre la variole, puis contre la coqueluche. Un club des mères a été fondé à Fernando de la Mora. Ce programme semble avoir rallié les suffrages de la population.

Un projet de lutte contre les maladies vénériennes a été amorcé dans la même région au mois de janvier.* Ce projet prévoit la récolte et l'analyse d'échantillons de sang, l'examen et le traitement cliniques des malades reconnus séro-positifs, ainsi que l'information du public. L'OMS a envoyé un expert-conseil et une infirmière de santé publique. Au cours de trois campagnes intensives contre les maladies vénériennes dans la zone urbaine de Fernando de la Mora et dans les zones urbaine et rurale de Itauguá, près d'un tiers des 10.000 habitants âgés de 15 à 20 ans ont été examinés. Les séro-réactions ont été positives chez 15% d'entre eux, et 99% des sujets séro-positifs ont été traités. Une campagne a été entreprise également dans la zone rurale de Fernando de la Mora et dans la zone urbaine de San-Lorenzo. Bien que n'ayant jamais encore participé à une action sanitaire systématique, la population a collaboré au programme de façon satisfaisante et son attitude permet de bien augurer de l'avenir.

Une aide avait été accordée en 1951 en vue d'organiser et d'amorcer la lutte contre l'ankylostomiase dans la région d'Assomption-Villarrica ; il s'agissait de la première étape d'une campagne qui devait être ensuite étendue à l'ensemble du pays. Ce projet a été poursuivi.* Au mois de mai, l'OMS a consenti, à la demande du Gouvernement et compte tenu de la gravité du problème de la variole au Paraguay, à inclure dans ce projet, en utilisant le même personnel, une campagne de vaccination à domicile contre la variole. On s'est proposé d'immuniser ainsi 200.000 personnes. L'OMS a envoyé un expert-conseil, chargé également de coordonner les cinq programmes exécutés dans cette région de concert avec le Gouvernement. Une enquête a été effectuée dans la zone d'Assomption-Villarrica en vue d'en dégager les caractères bio-démographiques, de déterminer la fréquence de l'ankylostomiase dans la ville d'Assomption, d'y étudier les problèmes que pose cette maladie et de recenser les ressources disponibles pour la combattre. Un cours de formation de six semaines organisé pour les dix premiers inspecteurs appelés à entreprendre la lutte contre l'ankylostomiase a pris fin et un manuel a été préparé à l'intention des inspecteurs sanitaires. Une fabrique d'installations sanitaires pour latrines était en voie de construction à la fin de l'année. Une enquête a été ouverte sur la fréquence de l'ankylostomiase dans la ville d'Assomption et l'on a entrepris l'éducation sanitaire et l'information du public, qui constituent une phase préparatoire du programme.

Des programmes prévoyant une aide pour renforcer le personnel enseignant de l'école de médecine * et organiser la vaccination par le BCG étaient à l'étude.

Le Paraguay a reçu six bourses d'études, dont une * au titre de l'assistance technique.

Pérou

La lutte contre le typhus est dirigée au Pérou par le Chef du Département de l'Epidémiologie au Ministère de la Santé ; elle se poursuit dans les départements de Cuzco et de Puno avec l'aide du FISE et d'un chef de zone de l'OMS. La partie matérielle du programme, notamment les opérations courantes de saupoudrage, a été fort bien organisée. L'activité du laboratoire antityphique de Cuzco a été intensifiée, et l'OMS s'est efforcée d'améliorer les méthodes de recherches épidémiologiques. Les pouvoirs publics ont témoigné d'un intérêt accru pour les études sur le typhus rural.

L'OMS a continué de collaborer à l'organisation des services d'archives médicales au Pérou.* L'école des secrétaires pour archives médicales, qui donne un enseignement de douze mois, s'est ouverte le 12 mai. Les cours, qui donnent des résultats satisfaisants, portent sur la terminologie médicale, des dictées de textes médicaux et chirurgicaux, l'établissement et le classement des fiches et relevés médicaux, l'administration hospitalière, l'anatomie, la gynécologie, les principes des sciences médicales, l'anglais et le latin. Afin de recevoir une formation pratique, les élèves sont affectés à tour de rôle, par groupes de deux, aux services suivants : sorties de l'hôpital, admission des malades, fiches de référence (maladies et opérations chirurgicales), dictées de textes chirurgicaux, statistiques et coordination des services hospitaliers. Des 64 candidats qui s'étaient présentés à l'école, 11 seulement ont été admis. Un boursier de l'OMS originaire de Bolivie s'est fait inscrire en septembre. Il a fallu limiter le nombre d'élèves par suite de l'insuffisance des installations hospitalières pour la formation pratique des candidats, qui ne pourra être réellement efficace qu'après une réorganisation du service des archives médicales. Ce cours a été, semble-t-il, le premier de ce genre qui ait été organisé en Amérique latine, et il a suscité un vif intérêt dans la population.

Un expert-conseil de l'OMS s'est rendu au Pérou au mois de septembre pour collaborer au programme intéressant l'hygiène de la maternité et de l'enfance et les services de santé publique apparentés,* qui a été entrepris dans la zone de Lima-Pativilca-Huáraz. Cet expert-conseil — une infirmière de santé publique — a tout d'abord effectué une étude approfondie de la situation et déterminé l'œuvre à accomplir, de façon à pouvoir faire des recommandations pour l'avenir. A la fin de l'année, l'OMS procédait au recrutement d'experts-conseils et le FISE avait procuré des fournitures pour le programme. En demandant une aide pour l'exécution de ce projet, le Gouvernement a insisté particulièrement sur la nécessité d'une campagne antituberculeuse, de la lutte contre les maladies transmissibles et d'un programme d'éducation sanitaire.

L'OMS a envoyé un anthropologue * chargé de collaborer, au Centre sanitaire d'Ica, à un programme général de santé publique, entrepris sous les auspices de la Fondation Rockefeller en collaboration avec le FISE. Dans ce programme, une importance particulière est accordée à la sociologie et au déve-

loppement culturel. Au moment de l'arrivée de l'anthropologue à Ica, en mai, on signalait des cas de variole dans les départements voisins (à Lima, sur la côte au nord d'Ica, à Huancavelica, à Ayacucho et dans les zones montagneuses de l'est et du sud). L'anthropologue a accompagné dans les régions atteintes les équipes de vaccinateurs du Service de Santé du Département d'Ica ; il a pu ainsi se rendre compte personnellement du fonctionnement des services sanitaires et observer l'attitude et les réactions des divers éléments de la population. Au mois de juin, il a visité la vallée adjacente de Pisco, au voisinage de Humay, où une fête religieuse était célébrée. Sur les quelque 20.000 pèlerins qui devaient se réunir dans la petite ville, près d'un cinquième appartenaient aux régions atteintes de variole.

Des échanges de vues ont eu lieu avec plusieurs représentants d'autres institutions afin de préparer des études sur le régime et les habitudes alimentaires de la population d'Ica ; on s'est demandé notamment si, au lieu d'effectuer ces études une fois par an au moins en prenant pour base des périodes hebdomadaires, il ne serait pas possible d'élaborer une méthode pratique et sûre permettant d'étendre à un cycle annuel entier les études de cet ordre.

Le médecin envoyé par l'OMS pour assister le Gouvernement, en qualité de principal conseiller technique dans l'exécution d'un projet de démonstrations et de formation professionnelle au Centre de Callao est arrivé au Pérou au mois de septembre.* Le FISE prêtera également son aide.

L'assistance au Gouvernement a été organisée dans les domaines suivants : destruction des insectes,* lutte contre la peste, diagnostic bactériologique de la tuberculose,* enseignement infirmier et médecine vétérinaire appliquée à la santé publique.

Le Pérou a reçu huit bourses d'études.

Surinam

Des plans ont été établis en vue d'un projet de destruction des insectes, dans le cadre du programme régional de la zone des Antilles,* et pour l'octroi d'une aide à l'Ecole de Médecine.

Trinité

Le conseiller inter-pays de l'OMS pour le BCG ainsi que le statisticien ont donné des avis techniques concernant le programme de vaccination par le BCG, amorcé à la Trinité au mois d'avril et qui se poursuit de façon satisfaisante avec l'aide financière du FISE. La formation du personnel, qui a débuté à la Jamaïque à la fin de 1951, a été menée à bien. Entre le début de la campagne et la fin du mois de septembre, sur les quelque 92.000 personnes testées, près de 30.000 ont été reconnues positives. Presque tous les sujets négatifs, au nombre d'environ 57.000, ont été vaccinés. Dans 5.000 cas approximativement, les résultats n'ont pas été enregistrés. Le pourcentage des sujets positifs se répartit approximativement comme suit entre les diverses catégories d'âges : moins de sept ans, 6% ; de 7 à 14 ans, 17% ; plus de 15 ans, 60%. La campagne a été favorablement accueillie par la population.

Des projets étaient en cours de préparation en vue d'une aide de l'OMS pour la destruction des insectes,* dans le cadre du programme régional de la zone des Antilles, et de la création d'un laboratoire pour le diagnostic bactériologique de la tuberculose.*

Etats-Unis d'Amérique

Le Centre FAO/OMS de la Brucellose établi à l'Université de Minnesota, aux Etats-Unis d'Amérique, a poursuivi ses recherches. L'OMS lui a consenti une nouvelle subvention.

L'OMS a été invitée à collaborer à une démonstration de lutte contre la rage par la destruction de certains animaux sauvages dans la région de la frontière mexicaine, et ce projet a été amorcé dans la seconde moitié de 1952. Etant donné que dans le district de San-Diego la transmission de la rage pourrait être due aux vampires, une enquête a été entreprise dans la zone située entre Pine Valley, Potrero et Jacumba, où des conditions subtropicales ont été observées.

Quatorze bourses d'études ont été attribuées.

Uruguay

Des programmes étaient à l'étude en vue de la formation de spécialistes de la santé mentale, de la création d'un laboratoire BCG et d'un centre international de fabrication de BCG.

L'Uruguay a reçu huit bourses d'études.

Venezuela

Des préparatifs ont été faits en vue de faciliter la création d'une zone de démonstrations sanitaires.*

Le Venezuela a reçu sept bourses d'études, dont une * au titre de l'assistance technique.

Iles du Vent

L'OMS a établi des plans pour aider à la destruction des insectes, dans le cadre du programme régional prévu à cet effet dans la zone des Antilles.*

Les îles du Vent ont reçu sept bourses d'études au titre de l'assistance technique.*

CHAPITRE 13

RÉGION DE L'ASIE DU SUD-EST [1]

L'aide de l'OMS aux gouvernements de la Région de l'Asie du Sud-Est a continué, en 1952, de revêtir principalement la forme de démonstrations et, dans une mesure croissante, de programmes d'enseignement professionnel. Dans certains pays, tels que l'Afghanistan, les démonstrations ont marqué le point de départ de la création de services de santé publique. Dans d'autres, à la phase de démonstrations succède progressivement une action intensive sur le plan de la formation professionnelle. La formation de personnel médical et infirmier demeure indispensable et demande même à être renforcée ; mais ce qui importe avant tout, pour assurer sans trop tarder une protection sanitaire aux villages de l'Asie du Sud-Est — dont le nombre est de l'ordre du million — c'est de créer un vaste corps d'auxiliaires. Le Comité régional a défini les catégories de personnel auxiliaire nécessaires à cet effet ; il reste maintenant à en former un nombre suffisant et à les utiliser.

L'activité de l'OMS s'est essentiellement exercée dans les domaines suivants : lutte contre les maladies transmissibles, notamment contre le paludisme, la tuberculose, le typhus, les maladies vénériennes et le pian ; développement des services de protection maternelle et infantile ; renforcement de l'enseignement de la médecine et des cours de perfectionnement à l'usage du personnel médical ; enfin, formation d'infirmières, de sages-femmes et de personnel apparenté.

S'il a été relativement facile d'exécuter les projets visant un seul et même but, tel que la lutte antipaludique ou antituberculeuse, il a en revanche été extrêmement difficile d'entreprendre des activités de caractère plus complexe. La création d'une zone de démonstrations sanitaires à Ceylan est encore à l'état de projet. D'autre part, les efforts de l'OMS en vue d'élargir certains de ses programmes de lutte antipaludique et de protection maternelle et infantile en des programmes sanitaires coordonnés de plus d'ampleur n'ont pas encore abouti.

La structure du Bureau régional n'a pas subi de modifications importantes en 1952. Néanmoins, l'extension des travaux en matière de protection maternelle et infantile, notamment de ceux qui sont exécutés en collaboration avec le FISE, a rendu nécessaire l'engagement d'un spécialiste supplémentaire. Par ailleurs, un administrateur des services budgétaires et financiers a été nommé, tandis qu'un vérificateur des comptes et un administrateur chargé des fournitures médicales ont été provisoirement affectés au Bureau. Faute de candidats satisfaisants, il n'a pas été possible de pourvoir tous les postes prévus de conseillers régionaux spécialisés.

En décembre 1952, 113 agents des services d'opérations avaient été envoyés dans des pays de la Région, contre 93 en décembre 1951 (dans ces chiffres ne sont pas compris les experts-conseils à court terme). Les difficultés rencontrées dans le recrutement de personnel pour les services d'opérations et les délais dont les gouvernements ont fait précéder leur accord ont souvent retardé la mise en train des travaux projetés. A considérer toutefois le nombre des agents de l'OMS qui travaillent dans les pays, on peut dire que la situation est relativement satisfaisante.

Le Directeur général a fait un long voyage dans la Région au début de l'année et a visité Ceylan, différentes parties de l'Inde et la Thaïlande.

Dans l'ensemble, les gouvernements ont prêté à l'OMS une collaboration satisfaisante. Cependant, certains travaux n'ont pu commencer à la date prévue par suite de la difficulté parfois sérieuse qu'a éprouvée l'OMS à obtenir le personnel national nécessaire. En outre, il est souvent arrivé que le nombre des stagiaires soit insuffisant pour permettre un emploi tout à fait efficace du personnel international.

La coordination de l'activité de l'OMS avec celle d'autres organisations a été améliorée grâce à l'établissement de comités nationaux de coordination dans quatre des six pays de la Région. Afin de tirer pleinement parti de ces comités, l'OMS a décidé de nommer dans chaque pays, comme représentant de zone, un expert de la santé publique. Tel a déjà été le cas en ce qui concerne la Birmanie, Ceylan et l'Indonésie. En Afghanistan, d'autre part, le conseiller pour la santé publique affecté à ce pays joue un rôle identique.

L'OMS a continué tout au long de l'année à collaborer étroitement avec l'Organisation des Nations Unies et les autres institutions spécialisées. Un cours de statistiques démographiques et sanitaires, organisé sous les auspices de l'OMS et de l'Organisation des Nations Unies, a été couronné de succès. La Commission de la Population des Nations Unies

[1] Cette Région comprend l'Afghanistan, la Birmanie, Ceylan, l'Inde, l'Indonésie et la Thaïlande (voir *Actes off. Org. mond. Santé*, **13**, 80, 330 et la résolution WHA3.118, *Actes off. Org. mond. Santé*, **28**, 71).

CARTE 8. RÉGION DE L'ASIE DU SUD-EST
Activités entreprises par l'OMS en 1952, y compris les activités communes

a travaillé en rapport étroit avec l'OMS aux études démographiques qui ont été entreprises, et un représentant de l'OMS a coopéré avec la mission sociale envoyée par l'Organisation des Nations Unies en Birmanie. L'Administration de l'Assistance technique des Nations Unies a fourni à l'OMS des assistantes sociales pour lui permettre de mener à bien certains de ses projets. L'OMS a envisagé d'autre part de participer avec cette Administration à l'établissement d'un centre pour enfants diminués. Elle a envoyé un éducateur sanitaire pour aider à l'exécution d'un projet entrepris par l'UNESCO à Ceylan. Elle a également mis à la disposition de l'UNESCO en Thaïlande un médecin de l'hygiène scolaire et une infirmière de santé publique. Elle a en outre aidé l'UNESCO à rédiger un manuel d'éducation sanitaire et a participé au stage d'étude sur l'éducation des jeunes organisé par cette institution à Rangoon, ainsi qu'à un symposium régional sur l'architecture tropicale organisé par l'UNESCO et le National Institute of Sciences of India. Elle étudie par ailleurs avec la CEAEO le problème de la fourniture et de la fabrication d'insecticides par l'Etat, et elle a examiné diverses questions, entre autres celle du logement. L'OMS a continué de collaborer étroitement avec le FISE ; les programmes sanitaires exécutés en commun à l'aide de fournitures du FISE et de conseils techniques de l'OMS ont représenté une partie importante de l'activité déployée par l'OMS dans la Région.

Le Bureau régional s'est maintenu en contact avec deux organismes gouvernementaux d'assistance technique : l'organisme américain (United States Mutual Security Agency ou Technical Co-operation Administration) et le Colombo Plan. Des représentants à demeure de l'assistance technique des Nations Unies sont maintenant affectés à tous les pays de la Région, sauf à la Thaïlande. Il est encore trop tôt pour dresser un bilan complet de la coopération entre le Bureau régional, les représentants de zone de l'OMS et les représentants à demeure de l'assistance technique dans la Région ; des différences dans les

règles et les méthodes administratives appliquées ont soulevé certains problèmes, mais il y a tout lieu de croire qu'ils pourront être résolus sur place.

La cinquième session du Comité régional s'est tenue à Bandoeng, Indonésie, du 4 au 9 septembre. A l'exception du Portugal, tous les Membres du comité y étaient représentés. L'Organisation des Nations Unies, le FISE, l'OIT, la FAO, l'UNESCO, des organismes gouvernementaux bilatéraux et quelques organisations non gouvernementales ont en outre envoyé des observateurs. Le comité a discuté le rapport annuel du Directeur régional, examiné et approuvé le projet de programme et de budget pour 1954, pris acte avec satisfaction du développement des travaux de l'OMS dans la Région ; il s'est félicité de l'œuvre accomplie par le Bureau régional et a recommandé le renouvellement du mandat du Directeur régional (Dr Mani). Il a également étudié la question du mode de présentation des rapports annuels des Etats Membres et a exprimé l'avis qu'il y aurait intérêt à ce que les fonctions des experts-conseils envoyés par l'OMS dans les pays soient plus nettement définies dans les plans d'opérations et que, dans le choix de ces experts-conseils, il soit tenu compte des fonctions ainsi spécifiées. Le problème de la formation du personnel auxiliaire et la question de la protection sanitaire en milieu rural ont, d'autre part, fait l'objet de discussions fructueuses. Le comité se réunira en 1953 à Bangkok, Thaïlande, et en 1954 à New-Delhi, siège du Bureau régional.

Dans une Région telle que l'Asie du Sud-Est, qui compte près d'un demi-milliard d'habitants, il importe avant tout, en matière d'information, d'opérer un tri judicieux entre les diverses possibilités qui s'offrent. On s'est efforcé en premier lieu de tenir les services sanitaires nationaux au courant des travaux de l'OMS par le moyen de communiqués de presse, de périodiques et de dépliants, etc. Une édition revisée du manuel intitulé *WHO Information Handbook, South-East Asia Region* a été publiée durant l'année. En second lieu, on a cherché à atteindre certaines couches de la population par des journaux et des périodiques en langue anglaise. Plus de 50 communiqués de presse traitant principalement de questions d'intérêt régional ont été distribués, de même que de nombreux bulletins d'information relatifs à des problèmes de caractère plus local. La publication d'articles sur l'OMS dans des journaux en langues autres que l'anglais n'a été possible que lorsque les services nationaux d'information ont accepté d'en assurer la traduction.

De tous les pays de la Région sont parvenues à l'OMS des demandes de plus en plus nombreuses d'éléments d'information (matériel d'exposition, brochures, etc.) ; l'OMS a fait de son mieux pour les satisfaire. Elle a d'autre part assuré un service de presse à l'occasion d'événements importants : voyage du Directeur général en février ; mission de médecins dans la Région ; colloque sur le pian et sur la rage et session du Comité d'experts de la Peste ; organisation de la session du Comité régional et de la Journée Mondiale de la Santé.

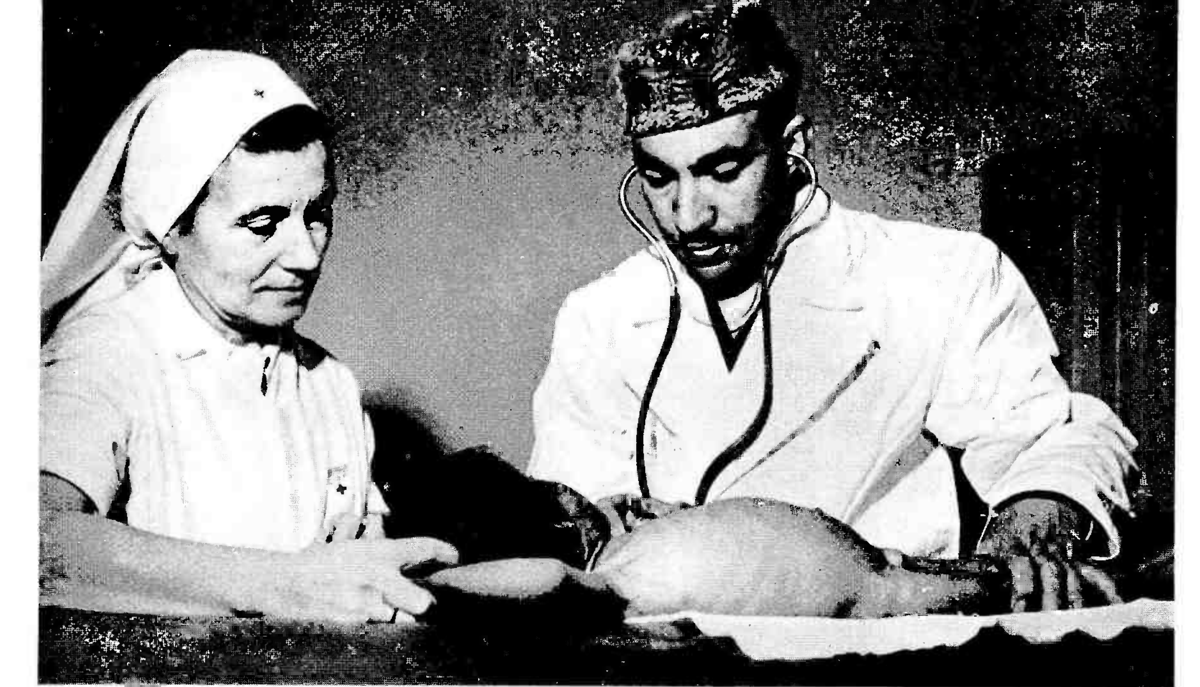
Il résulte de plusieurs articles de presse et discours publics que l'activité de l'OMS est de mieux en mieux comprise dans la Région.

Le Bureau régional a produit régulièrement des articles, des photographies, des enregistrements d'émissions radiophoniques, etc., à l'intention du Siège de l'Organisation des Nations Unies à New-York et du Bureau du Siège de l'OMS à Genève. Du matériel d'exposition, provenant en partie de la Région et en partie de l'Exposition itinérante de Genève, a été préparé pour le Pavillon des Nations Unies à l'exposition de Colombo, la session du Comité régional, à Bandoeng, la Semaine des Nations Unies à New-Delhi, la Conférence internationale de Service social, à Madras, et de nombreuses autres expositions moins importantes qui ont eu lieu dans l'Inde.

Exposé général des activités de l'OMS dans la Région

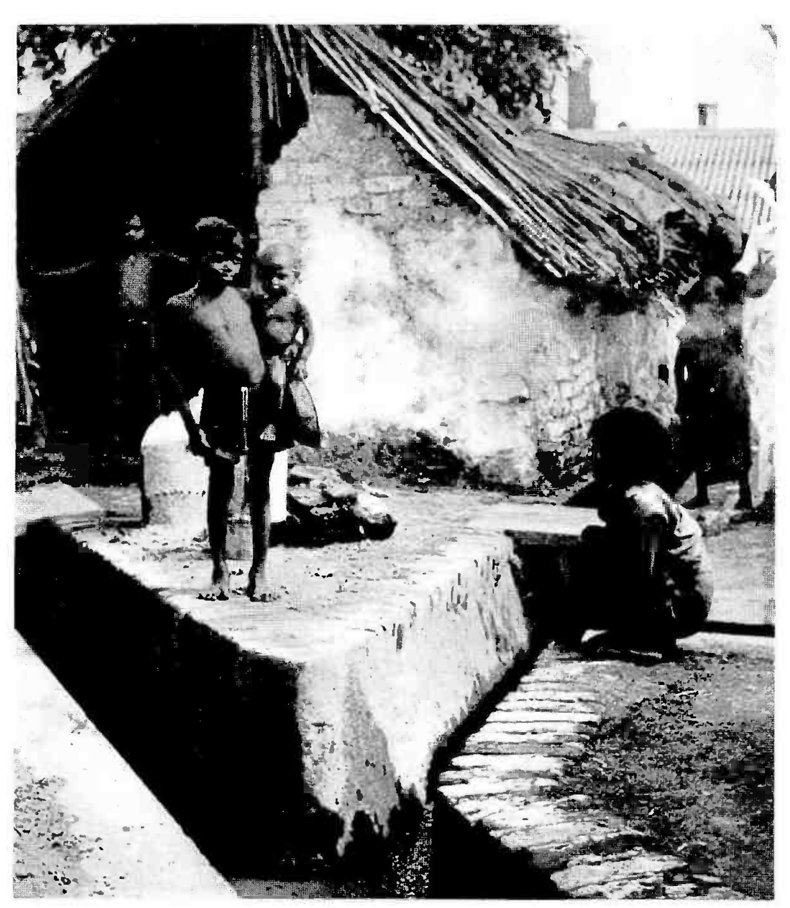
Des programmes de protection maternelle et infantile ont été entrepris avec l'aide de l'OMS et du FISE dans les six pays de la Région. Il importait surtout, dans ce domaine, de former du personnel médical et auxiliaire. Environ 80% de la population de la Région vivent dans des zones rurales, dont beaucoup sont dépourvues de services de protection maternelle et infantile, et c'est essentiellement en faveur de ce groupe démographique que les services en question devront être développés. Les programmes en cours d'exécution visent non seulement à former le personnel nécessaire, mais aussi à rechercher quel genre d'agent serait le mieux adapté aux populations rurales. Pendant longtemps encore, il ne sera pas possible de disposer de personnel pleinement qualifié et il faudra donc mieux tirer parti du personnel existant. C'est pourquoi on a organisé des cours intensifs d'entretien et livré du matériel de meilleure qualité. L'intégration des services de protection maternelle et infantile dans les services généraux de santé publique se réalise progressivement.

L'exécution du programme de protection maternelle et infantile en Afghanistan a progressé convenablement, grâce à l'excellente collaboration du Gouvernement de ce pays ; des cours de formation professionnelle de sages-femmes y ont été organisés pour la première fois. En Birmanie, du personnel national a collaboré activement au programme de protection maternelle et infantile, dont les rapports avec la santé publique ont été sans cesse



Un médecin afghan examine un bébé au dispensaire de Caboul.

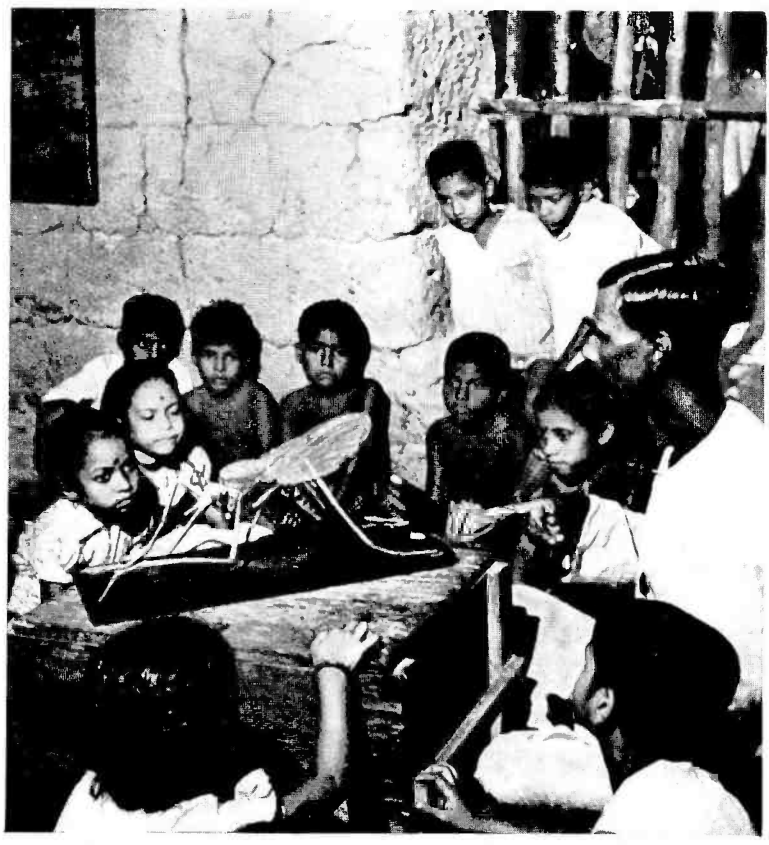
Programme antipaludique au Liban : examen de la rate chez les enfants.

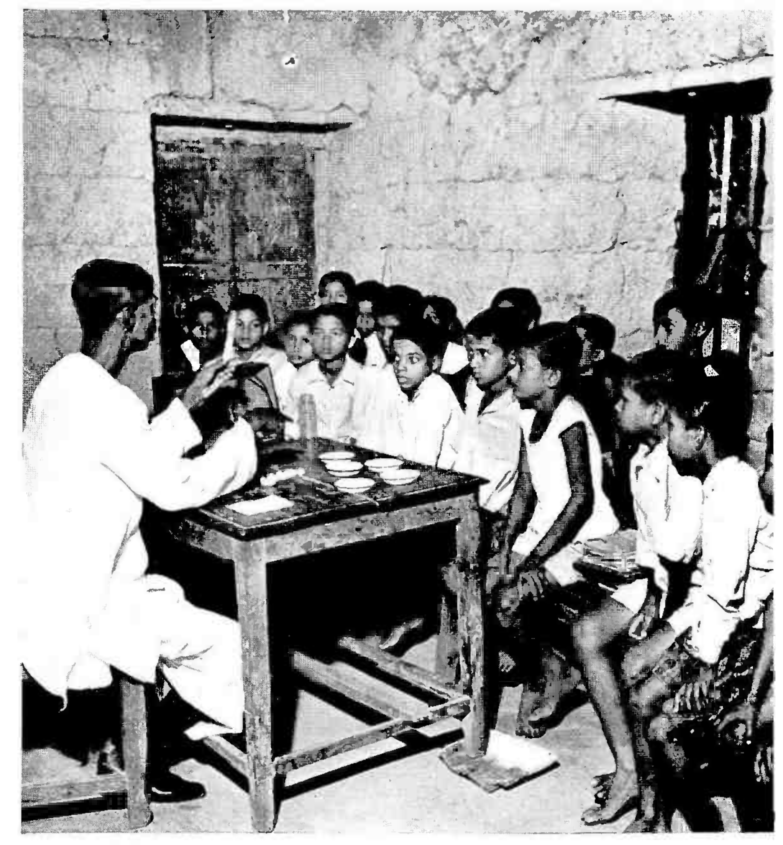


En Asie, des millions d'enfants vivent dans des taudis. La pauvreté, la saleté et l'ignorance, jointes au surpeuplement et au climat tropical, font de ces lieux des foyers de maladie.

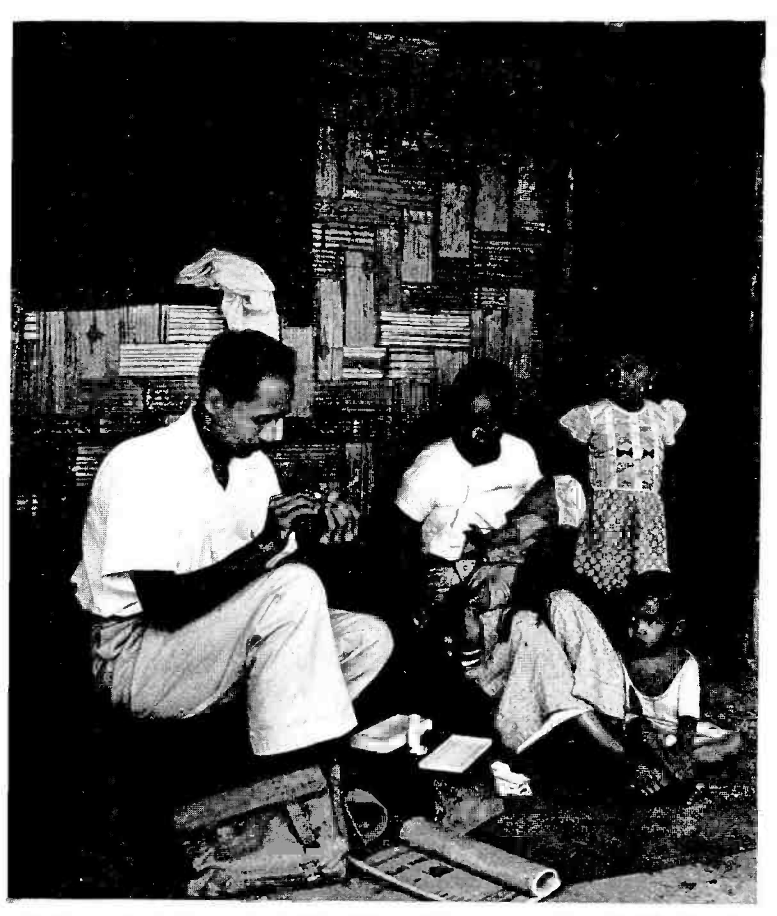


La première condition de la santé est la propreté : une visite de propreté journalière à l'école.





L'éducation sanitaire doit commencer par les enfants. Pour faciliter la lutte antipaludique, on leur donne quelques explications élémentaires sur l'épidémiologie de la maladie et le mode de vie du moustique vecteur.



Projet antipaludique de Lashio (Birmanie) : un membre de l'équipe de l'OMS prélève des échantillons de sang sur des bébés.



A Bombay, l'OMS prête son aide à un programme de formation en pédiatrie. La gymnastique est un élément essentiel de la réadaptation des enfants infirmes.



Sarawak : les habitants des districts marécageux reçoivent des soins médicaux sur un dispensaire flottant.

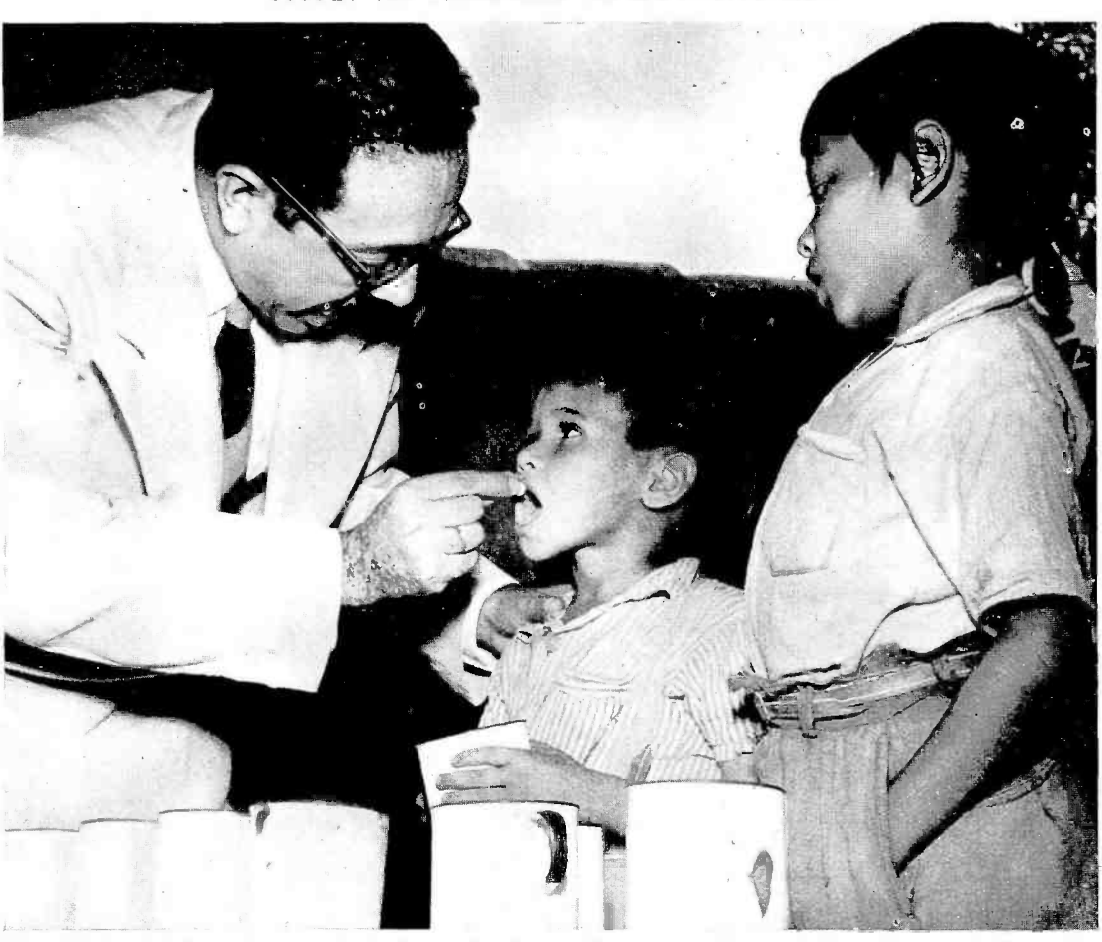


Lutte contre la méningite cérébro-spinale au Soudan : l'une des méthodes prophylactiques appliquées est l'administration de pénicilline procaïnée dans l'huile.

AIDE AUX ENFANTS VICTIMES DE LA POLIOMYÉLITE...

Les réfugiés infirmes étant admis sans restriction en Israël, les services de réadaptation, bien que déjà très développés, doivent encore s'étendre et le FISE et l'OMS les aident à cet effet. Parmi les nombreux malades sont les enfants atteints de poliomyélite.

....ET DE TROUBLES DE LA NUTRITION



Un médecin administre des comprimés de vitamines à des enfants guatémaltèques souffrant de carence alimentaire.

soulignés. A Ceylan, on s'est surtout efforcé d'améliorer la qualité des services de formation professionnelle. Dans l'Inde, et en particulier à New-Delhi, de grandes difficultés ont été rencontrées, à tel point qu'il a été nécessaire de remettre à l'étude l'ensemble du programme. Il n'existe pas encore de cours spéciaux pour infirmières d'enfants dans ce pays mais, avec l'aide d'une infirmière-monitrice, ce sujet a été inclus dans le programme des cours de formation de base du personnel infirmier organisés à l'Irwin Hospital. En Indonésie, le programme de protection maternelle et infantile en est encore à sa phase préliminaire. Pour ce qui est de la Thaïlande, l'exécution du programme a continué de façon très satisfaisante à Bangkok, mais plus lentement à Chiengmai. On s'est rendu compte qu'il est nécessaire de mettre l'accent aussi bien sur la médecine préventive que sur la médecine curative dans de tels programmes, et ce fait est à lui seul encourageant.

Du point de vue de la salubrité, deux mesures s'imposent de façon impérative : procéder à des installations d'adduction d'eau pure et assurer l'évacuation hygiénique des excréments. Tout progrès à cet égard amènerait une amélioration sensible de la santé. Par suite du manque de fonds, les services des eaux laissent fortement à désirer dans de nombreuses villes tandis que, dans les régions rurales, les eaux destinées à la consommation sont le plus souvent polluées. Il sera, certes, impossible, pendant longtemps encore, d'installer des conduites d'eau dans l'ensemble des régions rurales ; cependant, on pourrait au moins y creuser des puits à l'abri de toute pollution. Comme l'Asie du Sud-Est compte plus d'un million de villages, ce travail exigerait des fonds importants, mais il existe de nombreux organismes bilatéraux et internationaux susceptibles d'en assurer le financement. Certains gouvernements donnent aux questions intéressant la santé publique une si faible priorité qu'ils négligent d'affecter à l'amélioration des conditions de salubrité les fonds internationaux disponibles aujourd'hui mais qui feront peut-être défaut dans quelques années. Il est indispensable que l'industrialisation des pays de la Région s'accompagne d'une amélioration des mesures de santé publique et de la construction de logements ; sinon l'on risque de voir se créer dans l'Asie du Sud-Est des agglomérations de taudis semblables à celles qui ont caractérisé la révolution industrielle en Europe. A l'heure actuelle, il n'est pas certain que ce risque soit écarté.

En Afghanistan, un ingénieur sanitaire de l'OMS a effectué des enquêtes à Caboul, collaboré à l'établissement de projets d'ouvrages sanitaires et participé à la campagne antityphique.

Les pays de la Région commencent à se rendre compte de l'importance de la santé mentale. En 1951, la Thaïlande a bénéficié pendant trois mois des services d'un expert-conseil qui a établi un rapport sur la base duquel le Gouvernement a prié l'OMS de lui envoyer un psychiatre en 1953 pour créer un service de santé mentale. Dans l'Inde, un expert-conseil de l'OMS a collaboré à l'élaboration de plans visant à transformer l'hôpital psychiatrique de Bangalore en un institut de santé mentale pour l'ensemble de l'Inde ; sur ses recommandations, on a prévu le maintien de l'aide internationale à l'Inde en 1953 et en 1954. Un autre expert-conseil a été envoyé à Goa (Inde portugaise) pendant un mois et le rapport qu'il a rédigé est à l'étude. La politique de l'OMS a consisté à jeter, dans chaque pays, les fondements de services futurs.

La nutrition est l'un des problèmes de santé publique les plus urgents qui se posent dans la Région. La pauvreté est la cause principale de la mauvaise nutrition, mais celle-ci est également due en partie à l'ignorance des caractéristiques d'un régime alimentaire bien équilibré. Dans ce domaine, l'OMS s'est surtout efforcée de développer la formation professionnelle. Un expert-conseil de l'OMS a effectué une rapide enquête en Birmanie et a suggéré un programme qui a donné lieu à l'octroi d'une bourse d'études. Un diététicien s'est rendu à Ceylan pour aider à améliorer le régime alimentaire dans les hôpitaux, tandis qu'en Indonésie l'Institut de la Nutrition de Djakarta a été renforcé par l'adjonction d'un médecin nutritionniste et d'un technicien biochimiste. L'OMS envisage de poursuivre l'action ainsi amorcée.

Pour être efficace, l'éducation sanitaire doit être entreprise à l'échelon du village. L'OMS a essayé d'inclure l'éducation sanitaire dans certains des projets qu'elle exécute dans les pays. Un éducateur sanitaire a été affecté au projet d'éducation de base de l'UNESCO à Ceylan, où l'on envisage de créer un institut d'éducation sanitaire. On se propose d'affecter un spécialiste et une infirmière d'hygiène scolaire à un projet analogue en Thaïlande. Un autre éducateur sanitaire sera vraisemblablement envoyé dans les écoles normales d'instituteurs de la Birmanie, où le Gouvernement mène une campagne très active en faveur de l'éducation des masses.

Il est inutile de prévoir un personnel particulier pour l'éducation sanitaire dans les zones rurales. En fait, il y a déjà trop de diversité dans le personnel en mission, étant donné les conditions qui règnent dans la Région. On s'efforcera d'inclure l'éducation sanitaire dans la formation de base dispensée aux médecins, aux infirmières, aux inspecteurs sanitaires, aux « mantris », aux infirmières visiteuses, aux assistantes médico-sociales, etc. Pour ceux qui exercent actuellement ces professions, on pourra organiser des cours intensifs d'entretien. L'OMS a collaboré avec l'UNESCO à la rédaction d'un manuel d'éducation sanitaire adapté aux besoins de la Région.

Un expert-conseil de l'OMS s'est rendu dans l'Inde vers la fin de 1951 et a présenté un rapport sur les études démographiques auxquelles il a procédé ; ce rapport a été approuvé en principe par le Gouvernement indien. Le même expert-conseil a passé ultérieurement une semaine à Ceylan. Conformé-

ment à ses recommandations, l'OMS a envoyé dans l'Inde deux spécialistes qui, à la fin de l'année, participaient à la mise au point d'études-pilotes.

Quant à la formation du personnel infirmier, l'OMS a apporté son aide à chacun des six pays de la Région. Huit projets ont été mis sur pied, dont trois sont en cours de réalisation. A la fin de l'année, 46 infirmières internationales étaient sur place et 22 autres devaient bientôt les renforcer. Un grand nombre d'entre elles travaillaient à l'exécution de projets sanitaires dont les soins infirmiers ne constituent que l'un des aspects, d'ailleurs essentiel. L'OMS insiste pour que les soins infirmiers de santé publique figurent dans les programmes de formation de base des infirmières et des sages-femmes. Elle accorde, d'autre part, son appui à de nombreuses écoles d'infirmières.

Des cours d'entretien ont été organisés pour les infirmières diplômées qui ont été affectées à des tâches spéciales auxquelles elles n'étaient pas préparées ou ne l'étaient qu'imparfaitement. En 1952, cinq cours de ce genre, constituant autant de projets distincts, ont été suivis par soixante-deux infirmières : quatre de ces cours ont duré trois mois et le cinquième un mois.

Pour la première fois, des cours de perfectionnement pour des infirmières de santé publique ont eu lieu en Birmanie et dans l'Inde. A l'occasion de projets déjà existants, on a organisé également d'autres cours — par exemple des cours d'entretien pour sages-femmes et des stages de perfectionnement pour les sages-femmes et d'autres catégories de personnel — et on s'est attaché à préparer du matériel d'enseignement, tel que des manuels techniques. Des programmes d'éducation sanitaire ont été mis au point et une place importante leur a été réservée dans tous les services infirmiers et sanitaires.

Etant donné le besoin urgent de personnel infirmier compétent, on s'est tout particulièrement préoccupé d'aider les écoles d'infirmières et de former des infirmières à l'occasion des divers projets entrepris dans les pays. Quarante-six bourses d'études ont été attribuées au titre du budget ordinaire de 1952 et 42 au titre de l'assistance technique ; 18 autres bourses ont été administrées par l'OMS pour le compte du FISE. On trouvera à l'annexe 16 un exposé détaillé sur la répartition des bourses d'études par sujet et par pays. Indépendamment de celles qui sont attribuées par des organisations internationales, un grand nombre de bourses sont offertes par le Gouvernement des Etats-Unis et par les gouvernements participant au Colombo Plan, mais les gouvernements n'ont pas encore été en mesure d'élaborer un plan pour tirer parti des ressources disponibles.

L'OMS a procuré le personnel suivant à divers établissements d'enseignement de la Région : un professeur d'épidémiologie et de médecine sociale (Afghanistan), un professeur d'hygiène physiologique et industrielle (All-India Institute of Hygiene and Public Health, Calcutta), un principal (Medical College de Trivandrum) ; et un professeur de pharmacologie (School of Tropical Medicine, Calcutta). Elle est, d'autre part, sur le point d'engager un professeur de pharmacologie pour le Seth G. S. Medical College de Bombay et un chargé de cours sur la tuberculose pour le Medical College de Rangoon. L'OMS a été saisie de nombreuses autres demandes analogues. Cette méthode pour renforcer les institutions sanitaires nationales permet en outre de réduire les attributions de bourses d'études, à l'exception de celles qui concernent le personnel sanitaire subalterne.

Une place importante a également été réservée à la formation professionnelle dans les programmes de protection maternelle et infantile, ainsi que dans les programmes de lutte contre la tuberculose, les maladies vénériennes et le pian.

Le paludisme demeure la maladie transmissible qui pose le problème le plus grave dans l'Asie du Sud-Est, mais les services antipaludiques nationaux ne cessent de se développer. Les observations recueillies par de nombreuses équipes ont démontré que l'insecte vecteur est sensible aux insecticides, et des programmes de grande envergure sont maintenant en cours d'exécution dans différents pays de la Région. En Afghanistan, où une équipe de l'OMS avait déjà obtenu des résultats satisfaisants, la lutte antipaludique a pris de l'ampleur et vise à protéger 700.000 habitants. En Birmanie, un plan quinquennal a été établi en collaboration avec l'équipe de l'OMS. La campagne très efficace menée par le Gouvernement de Ceylan au cours des dernières années a été poursuivie. En Indonésie, malgré la pénurie de personnel médical, la campagne antipaludique s'étendra de façon à protéger 1.250.000 habitants. En Thaïlande, la première phase d'un plan quinquennal (entrepris avec l'aide de l'OMS et élargi, grâce à l'assistance technique bilatérale des Etats-Unis d'Amérique) est en voie de réalisation et englobera 1.250.000 habitants ; le Gouvernement espère, d'ici 1956, porter ce chiffre à 5 millions. La Commission des Plans du Gouvernement de l'Inde a accordé une haute priorité à la lutte antipaludique. Ce pays envisage de lancer, avec l'aide de la Technical Co-operation Administration, une campagne de grande envergure qui devra s'étendre à 200 millions d'habitants en l'espace de cinq ans ; 200 équipes participeront à cette entreprise, qui sera la plus importante de toutes les campagnes jamais engagées contre le paludisme.

Les résultats ont, jusqu'ici, été des plus encourageants et les habitants des régions intéressées ont insisté auprès des gouvernements pour qu'ils prévoient des fonds suffisants en vue d'une extension considérable des opérations.

Les fabriques de DDT qu'on crée dans l'Inde et à Ceylan, avec l'aide du FISE et de l'OMS, seront en mesure, d'ici deux ans, de répondre dans une large mesure aux besoins de ces pays. En attendant, les livraisons de DDT faites par le FISE à l'Inde, à

Ceylan et à l'Afghanistan, ainsi que les conseils techniques de l'OMS, ont été des plus précieux.

La tuberculose pose également un grave problème. Durant l'année, l'OMS a aidé à exécuter six projets de démonstration et de formation professionnelle dans les centres antituberculeux de Delhi, Trivandrum, Rangoon, Bangkok, Patna et Bandoeng, en s'inspirant des recommandations du Comité d'experts de la Tuberculose. Des enquêtes sur la morbidité et la mortalité tuberculeuses dans différents groupes d'âge et catégories professionnelles ont été effectuées à Delhi, à Trivandrum, à Rangoon et à Bangkok, et l'on envisage d'entreprendre des études analogues dans les deux autres centres. Ces enquêtes ont confirmé que la morbidité tuberculeuse, comme on le soupçonnait depuis longtemps, est extrêmement élevée dans les territoires considérés.

Les quatre centres susmentionnés ont formé un nombre suffisant de médecins, d'infirmières et de techniciens divers pour assurer la continuation des travaux après le départ du personnel international, mais l'effort déployé en matière de formation professionnelle s'est à peu près limité à ce travail, sauf au centre de Delhi, où un enseignement préparatoire à un diplôme a été donné aux étudiants en phtisiologie et où des conférences, des démonstrations et des cours d'entretien spéciaux ont été organisés à l'intention des infirmières-chefs, des infirmières diplômées, des sages-femmes et des infirmières visiteuses spécialisées dans la lutte antituberculeuse. La formation de personnel local a commencé, durant le dernier trimestre de l'année, dans les centres de Patna et de Bandoeng.

Les services antituberculeux de Delhi et de Bangkok ont été considérablement améliorés et le nombre de malades qui les fréquentent a augmenté. A Trivandrum et à Rangoon, on a créé de nouveaux dispensaires qui traitent de nombreux malades et d'autres sont en voie d'installation à Patna et à Bandoeng. D'excellents laboratoires de diagnostic ont été créés dans la plupart de ces centres. A Ceylan, l'action antituberculeuse s'est limitée à des examens radiologiques en série, à des enquêtes sur les réactions tuberculiniques et à la formation de radiologistes. Il n'existe pas encore de laboratoire pour le diagnostic de la tuberculose.

La réussite de ces projets a été surtout entravée par le temps que les gouvernements ont mis à fournir le personnel national nécessaire, les bâtiments, les installations, etc.

A partir de juillet 1951, l'OMS a assumé la direction technique de la campagne de vaccination par le BCG dont s'était chargée précédemment la Campagne internationale contre la Tuberculose. A l'avenir, les vaccinations par le BCG seront pratiquées en liaison plus étroite avec l'action générale contre la tuberculose, notamment dans les centres de démonstration et de formation professionnelle. Des campagnes de vaccination en série sont en cours dans l'Inde et en Birmanie et d'autres ont débuté en Indonésie et en Thaïlande pendant le dernier trimestre de l'année.

Dans la lutte contre les tréponématoses, y compris les maladies vénériennes, on s'est principalement efforcé : *a*) d'instituer dans chaque pays des centres permanents de formation chargés d'enseigner les méthodes modernes de traitement clinique, d'examen sérologique et d'assistance sociale ; *b*) d'aider les gouvernements à étendre la lutte à l'ensemble de leur territoire, lorsque le personnel nécessaire aura été formé.

Dans l'Inde, à la suite des travaux exécutés depuis 1949 à Simla par un centre de démonstration et de formation professionnelle de l'OMS, un centre permanent mieux équipé a été créé à Madras. Il comprend à la fois du personnel envoyé par l'OMS et du personnel national. D'autre part, le FISE a livré du matériel d'équipement et des fournitures à 16 Etats en vue de les encourager à combattre les maladies vénériennes selon les méthodes modernes.

Des initiatives analogues ont été prises en Afghanistan, en Birmanie et à Ceylan, principalement avec le concours des hôpitaux-écoles. Le Gouvernement indonésien patronne un nouvel établissement d'enseignement et de recherches sur les maladies vénériennes et maladies apparentées, auquel l'OMS a fourni des bourses d'études et du matériel.

Parmi les tréponématoses non vénériennes, c'est le pian qui a retenu l'attention. Les campagnes entreprises en Indonésie et en Thaïlande avec l'aide de l'OMS et du FISE ont maintenant atteint une ampleur rarement égalée dans l'histoire de la médecine. Il s'agit de campagnes en série exécutées dans les zones rurales par des équipes qui travaillent sous la direction et le contrôle de médecins et qui bénéficient de l'appui actif des services civils. La direction des opérations a été assurée par du personnel national assisté de techniciens internationaux. En raison de la pénurie aiguë de personnel paramédical, les gouvernements emploient actuellement des auxiliaires dont la formation est incomplète mais qui se sont montrés jusqu'ici dévoués et sûrs. Un projet-pilote a été mis en œuvre avec l'aide du FISE, dans un Etat de l'Inde.

La pénicilline nécessaire doit être importée. Les gouvernements ont pris à leur charge cette dépense assez considérable, bien que les livraisons soient payables en devises étrangères, ce qui présente pour eux des difficultés. La création d'une fabrique de pénicilline dans l'Inde, avec l'aide de l'OMS et du FISE, permettra à ce pays de disposer plus aisément des quantités requises. Le prix de la pénicilline constitue encore une entrave sérieuse aux programmes de grande envergure.

L'organisation de laboratoires joue un rôle capital dans la lutte contre les maladies vénériennes et contre le pian. C'est ainsi qu'un laboratoire a été transformé en laboratoire de santé publique, dont les services sont mis gratuitement à la disposition

des médecins et du public. L'application de méthodes sérologiques simplifiées permet désormais, dans l'ensemble de la Région, d'étendre les examens à un pourcentage plus élevé de la population.

En mars 1952 s'est tenu à Bangkok, sous les auspices de l'OMS et du FISE, un symposium international sur le pian, au cours duquel des spécialistes éminents de toutes les parties du monde ont étudié des questions telles que la dose optimum, le traitement des contacts, les enquêtes de contrôle et l'organisation des campagnes en série. Afin de déterminer l'efficacité des nouveaux sels aminés de pénicilline dans le traitement du pian, on a entrepris des essais cliniques de la « bipénicilline » en Indonésie au mois de novembre. La première phase de ces essais a pour objet de mesurer, après une injection unique de ce médicament, la durée de la pénicillinémie chez les malades exerçant des métiers manuels plus ou moins pénibles. On procède également à des essais thérapeutiques sur un nombre de sujets suffisant pour que les résultats soient statistiquement valables.

La lèpre sévit à l'état endémique dans tous les pays. En Birmanie, à la suite d'une enquête faite en 1951, l'OMS a envoyé un spécialiste qui a commencé à y organiser un service antilépreux. A Ceylan, l'OMS a également effectué une enquête qui a amené le Gouvernement à lui demander son aide. L'Organisation a donc prévu d'envoyer à Ceylan au début de 1953, pour une période de deux ans, une équipe formée d'un léprologue, d'un pathologiste et d'un thérapeute de la réadaptation. D'autre part, un expert-conseil procédera à une enquête en Thaïlande au cours de l'année 1953.

La rage a fait l'objet d'une conférence-colloque inter-régionale, qui s'adressait aux Régions de la Méditerranée orientale, de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental, et qui s'est tenue à Coonoor (Inde) en juillet 1952. Cette conférence, qui a réuni 38 boursiers originaires des trois Régions, 11 directeurs de travaux et sept observateurs, a donné lieu à la discussion et à la démonstration de méthodes de laboratoire, de diagnostic et de traitement (voir page 20).

Les rapports et relevés épidémiologiques et démographiques usuels ont été reçus au cours de l'année. Un expert-conseil de l'OMS s'est rendu dans les pays de la Région afin d'étudier de quelle manière l'Organisation pourrait aider les gouvernements à améliorer leurs services de statistiques sanitaires et démographiques. Le rapport qu'il a présenté était à l'étude à la fin de l'année. Un statisticien du Siège, qui s'est rendu en Afghanistan au mois de septembre, a formulé des propositions pour l'amélioration des statistiques démographiques et sanitaires de ce pays. Des pourparlers ont été engagés avec le Gouvernement de l'Inde en vue de modifier le cours de statistique organisé par l'All-India Institute of Hygiene and Public Health (Calcutta), de façon qu'il puisse servir à former les techniciens dont la Région a besoin pour les statistiques de santé publique.

Dans l'Inde, la construction de la fabrique de pénicilline située à Pimpri (près de Poona, Etat de Bombay), était en bonne voie. Les bâtiments seront prêts au début de 1953 et l'installation du matériel pourra commencer. Les conseillers techniques fournis par l'OMS étaient arrivés et le recrutement de personnel national était déjà très avancé. On a élaboré un programme répondant aux besoins de la formation professionnelle tant sur le plan scientifique que sur celui tout aussi important de la production. Un manuel d'instructions pratiques était en cours de rédaction.

En février, le FISE a commandé le matériel nécessaire pour l'installation d'une fabrique de DDT à Ceylan. Une partie de ce matériel était disponible et de nombreux articles étaient prêts à être expédiés, mais il y a eu quelque retard dans la construction des bâtiments. Les préparatifs concernant la fabrique de DDT dans l'Inde avancent d'autant plus rapidement que l'on peut recourir aux ressources industrielles qui existent déjà à New-Delhi. Du personnel international a déjà été recruté pour donner des conseils en matière de construction et pour diriger les travaux techniques.

Un administrateur chargé des fournitures médicales a été engagé vers le milieu de 1952. Il est responsable, au point de vue technique, des achats et des livraisons de fournitures et de matériel nécessaires pour les opérations. Le montant des demandes impliquant des achats à l'étranger, et auxquelles l'OMS a donné suite, s'élève, au total, à US $235.000. Les pays de la Région ont besoin de quantités croissantes de matériel et de fournitures, et il n'a pas toujours été possible de recourir aux organismes bilatéraux.

Activités entreprises par les divers gouvernements avec l'aide de l'OMS

Les activités qui ont été ou doivent être financées au moyen des fonds de l'assistance technique sont marquées d'un astérisque.

Afghanistan

Un conseiller de santé publique est resté en fonctions pendant toute l'année 1952. Le Gouvernement afghan a apprécié ses services et lui a apporté un appui sans réserve.*

L'OMS a procuré au Gouvernement un expert-conseil paludologue et un entomologiste et lui a livré une certaine quantité de fournitures pour l'aider dans son projet d'étendre la lutte antipaludique à neuf nouvelles localités de 700.000 habitants au

total. L'équipe internationale a terminé ses enquêtes préparatoires dans la zone urbaine de Caboul et les opérations ont commencé. Elles se déroulent suivant un rythme satisfaisant, avec l'appui du Gouvernement. L'établissement d'un institut pour le paludisme et la lutte contre les insectes, pour lequel le Gouvernement a fait construire un beau bâtiment, a marqué certains progrès au cours de l'année. On dresse actuellement des plans en vue de protéger 2 millions d'habitants ; le personnel nécessaire sera procuré par l'OMS et par le Gouvernement, et les fournitures par le FISE.

Un projet de lutte antituberculeuse a été mis au point et son exécution commencera en 1953.*

Deux infirmières-monitrices, dont une spécialisée dans les soins aux enfants, ont été engagées à l'occasion d'un projet de protection maternelle et infantile et de lutte antivénérienne.* Ces deux infirmières sont maintenant en fonctions à l'Hôpital Masturat (pour femmes). D'autre part, des sages-femmes sont actuellement formées à l'Hôpital Shararah sous la direction de l'accoucheur et de la sage-femme monitrice. On procède également à l'engagement d'une monitrice pour les sages-femmes qui font des accouchements à domicile.

L'équipe de l'OMS, qui, avec des fournitures du FISE, a été chargée d'assurer la protection maternelle et infantile, a contribué au développement de services de pédiatrie et d'obstétrique. Un nouveau service hospitalier pour enfants a été créé, tandis que le nombre des enfants malades et bien portants qui se présentent aux consultations ne cesse de s'accroître. La campagne de vaccination antidiphtérique a été poursuivie. D'autre part, on a commencé à réunir, pour certaines familles, des statistiques de natalité et de mortalité. Une nouvelle maternité de 30 lits a été inaugurée en décembre. D'autre part, la formation d'infirmières et de sages-femmes continue.

Un dispensaire antivénérien modèle et un laboratoire moderne de sérologie ont été créés à Caboul en 1952, avec du matériel et des fournitures procurés par le FISE. L'équipe de l'OMS a enregistré des progrès constants et les plans actuels envisagent d'étendre l'action antivénérienne hors de Caboul. Des enquêtes ont été faites parmi les détenus des prisons, et leurs résultats, rapprochés de ceux des examens normalement pratiqués au laboratoire, ont permis de se faire une idée de l'étendue du problème à Caboul. La tâche qui incombe au laboratoire étant de plus en plus lourde, on se préoccupe de recruter un assistant à l'étranger. Le Gouvernement a fait preuve d'un excellent esprit de collaboration et la formation du personnel local se poursuit rapidement.

Comme il ne s'est pas trouvé de moniteurs compétents sur place, l'exécution d'un projet visant à développer une école d'infirmiers a dû être retardée ; le Gouvernement a maintenant accepté que l'on engage des monitrices. Une partie du matériel et des fournitures nécessaires est arrivée.

La salubrité laisse beaucoup à désirer dans les villes et les campagnes de l'Afghanistan. Les problèmes qui se posent à cet égard sont extrêmement divers et présentent des difficultés particulières. Un ingénieur sanitaire envoyé dans le pays par l'OMS afin d'aider le Gouvernement à former du personnel de salubrité pour les zones rurales, a effectué des enquêtes, dressé les plans d'installations sanitaires pour diverses institutions gouvernementales de Caboul, collaboré aux campagnes de lutte antipaludique et antityphique et donné des conférences sur l'assainissement.

En janvier 1952, l'OMS a envoyé auprès de la Faculté de Médecine de Caboul un professeur d'épidémiologie et de médecine sociale.* Elle a également livré du matériel et des fournitures.

La fréquence du typhus est très élevée en Afghanistan. L'emploi de DDT durant l'hiver 1951/1952 a donné de très bons résultats ; aussi sera-t-il étendu à de nouveaux secteurs. L'OMS a aidé le Gouvernement à entreprendre une campagne, au cours de laquelle 382.832 personnes, avec leurs vêtements et leur literie, ont été soumises à des poudrages au DDT. Kandahar, qui était auparavant un foyer de typhus, n'a enregistré aucun cas de cette maladie en 1952, et trois cas seulement ont été signalés à Caboul. Le coût des opérations — 0,60 afghans (environ US $0,03) par habitant — est loin de dépasser les possibilités de la collectivité. Pour que cette campagne puisse se poursuivre et se développer au cours des années à venir, 172 Afghans ont reçu une formation appropriée. Le FISE a accordé son aide sous forme de fournitures. Des opérations ont été organisées pour le reste de l'hiver 1952/1953 et elles seront étendues à d'autres zones.

L'Afghanistan a reçu sept bourses d'études, dont une * au titre de l'assistance technique.

Birmanie

Durant l'année, l'équipe de trois experts et de quatre auxiliaires envoyée en Birmanie par l'OMS, en 1951, pour collaborer à la lutte contre le paludisme et contre les insectes a travaillé à Lashio.* La première série de pulvérisations prévues dans l'année a été achevée ; elle visait à protéger 55.000 personnes environ. Les résultats obtenus ont été satisfaisants. Sur 78 échantillons de sang prélevés chez des nourrissons, aucun ne s'est révélé positif. On a observé une réduction de l'ordre de 98 % dans la densité de l'insecte vecteur, *Anopheles minimus*, et les punaises semblent avoir totalement disparu ; quant aux mouches, leur densité a considérablement diminué. En revanche, une certaine quantité de matériel de laboratoire indispensable n'avait pas encore été reçue, et le nombre des auxiliaires formés était insuffisant. Des plans ont été dressés en vue de protéger en 1953 un nouveau groupe de 110.000 personnes.

Le centre de démonstrations antituberculeuses et de formation professionnelle * créé à Rangoon en

1951, avec les fournitures et le matériel du FISE, a poursuivi ses travaux pendant l'année, conformément aux prévisions. Des examens tuberculiniques et des examens radiologiques en série ont été effectués à Rangoon et à Mandalay pour différents groupes d'âge et ont fait apparaître une morbidité tuberculeuse extrêmement élevée, soit 2,25 %. La collaboration apportée par les autorités locales a été excellente. Des mesures préliminaires ont été prises durant l'année en vue d'instituer un centre à Mandalay, mais, comme la construction du bâtiment a subi des retards, le projet ne sera mis à exécution qu'à partir de juin 1953.

L'OMS a continué à chercher un chargé de cours sur la tuberculose pour l'Ecole de Médecine de Rangoon.*

La campagne de vaccination par le BCG a débuté en Birmanie à la fin de 1951, avec l'aide de l'OMS et du FISE. Les vaccinations se sont étendues à presque toutes les écoles de Rangoon et de Mandalay. Le public a pleinement collaboré à la campagne. Le pourcentage des personnes qui se sont prêtées à un examen de contrôle a été excellent dans les écoles (de 92 à 95 % en général) et relativement satisfaisant dans les centres (environ 70 %). Fait intéressant à signaler, cette campagne a été menée en liaison étroite avec les programmes de protection maternelle et infantile patronnés par l'OMS, afin que les nouveau-nés puissent être vaccinés dans les maternités et les hôpitaux ; cette mesure présentait d'autant plus d'importance que la contagion est très forte en Birmanie. Des dispositions ont été prises pour que la protection des nourrissons continue après la campagne en série ; le FISE a accepté de fournir le matériel nécessaire.

La pénurie de personnel médical et la situation locale troublée sont les deux principales causes des difficultés auxquelles se heurtent les campagnes BCG.

Une étude sur la sensibilité à l'histoplasmine et à la tuberculine, entreprise chez 3.500 habitants environ, a complété, en Birmanie, la campagne de séro-diagnostic des maladies vénériennes.

Dans l'exécution du programme de protection maternelle et infantile* qui bénéficiait de l'aide du FISE, les relations de travail avec les autorités gouvernementales ont été pleinement satisfaisantes et, au cours des opérations proprement dites, une étroite collaboration s'est établie entre le personnel national et le personnel international. Un pédiatre a été chargé d'enseigner la pédiatrie clinique à l'Hôpital général de Rangoon.

Dans ce même hôpital s'est terminé un cours pour infirmières-monitrices, et les tâches dont s'acquittait le personnel international ont été de plus en plus assumées par l'infirmière-monitrice birmane. Les étudiants en médecine de dernière année ont commencé à suivre les travaux des services de pédiatrie. D'autre part, un cours régulier de pédiatrie a été organisé en novembre pour les étudiants en médecine.

L'OMS a pris des dispositions pour procurer au Dufferin Hospital de Rangoon une infirmière-monitrice internationale et pour participer à la réorganisation du cours pour sages-femmes.

La formation d'infirmières et de sages-femmes a été organisée à l'Hôpital général de Mandalay.* Pour la première fois, les accouchements à domicile ont figuré au programme. D'autre part, des cours d'entretien ont été institués à l'intention des sages-femmes qui exercent hors de l'hôpital. Les résultats ont été assez satisfaisants. La collaboration entre le personnel national et le personnel international n'a donné lieu à aucune difficulté.

Avec l'aide de l'OMS et grâce à des fournitures et à du matériel procurés par le FISE, on a créé à l'Hôpital général de Rangoon un service de vénéréologie, où sont traitées les personnes des deux sexes atteintes de maladies vénériennes ou de maladies de la peau. Le nombre de malades soignés est très élevé. L'activité de ce service est coordonnée avec celle des petits dispensaires de quartier. Le personnel formé à cette occasion comprend des médecins, des infirmières, des infirmières visiteuses et diverses catégories de personnel de dispensaire et de laboratoire. Un laboratoire de sérologie a commencé à fonctionner à l'Hôpital général de Rangoon et a effectué des épreuves VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) quantitatives. Un dispensaire et un laboratoire ont également été créés à Mandalay vers la mi-juillet.*

Des enquêtes ont été entreprises parmi les détenus des prisons de Mandalay, d'Akyab, de Moulmein, d'Insein, de Rangoon et de Bassein.

La formation d'infirmières a débuté à Rangoon et à Mandalay en liaison avec le projet mixte de protection maternelle et infantile et de lutte antivénérienne* pour lequel l'OMS a envoyé neuf infirmières. Les travaux ont continué de façon satisfaisante et ont compris notamment des cours de base pour infirmières, sages-femmes et infirmières visiteuses, ainsi qu'un cours de perfectionnement pour les infirmières de santé publique. Un comité d'infirmières nationales et internationales a été créé et chargé d'étudier les méthodes à appliquer ; il a rédigé un manuel de soins infirmiers qui sera utilisé dans l'ensemble du pays.

Indépendamment de la formation de personnel infirmier assurée dans le cadre du programme de protection maternelle et infantile, un crédit a été inscrit au budget ordinaire en vue d'aider deux écoles d'infirmières, situées en dehors de Rangoon, à organiser des cours d'obstétrique et de soins aux enfants. Toutefois, comme les installations nécessaires font actuellement défaut, ces cours seront donnés, au début, à l'Hôpital général et au Dufferin Hospital de Rangoon.

Un deuxième cours d'entretien pour infirmières-monitrices a débuté en juillet. On avait primitivement prévu d'y admettre dix élèves mais le Gouvernement y a fait inscrire, à ses frais, cinq élèves supplé-

mentaires. Ce cours a donné d'excellents résultats et constitue un moyen économique d'améliorer la formation du personnel infirmier.

Pour aider le Gouvernement à réorganiser son service de lutte contre la lèpre, à former du personnel auxiliaire et à mener une campagne de grande envergure contre cette maladie, l'OMS a envoyé un léprologue dans le pays et a fourni une partie du matériel indispensable. L'exécution de ce projet, qui s'étendra sur deux ans, a été poursuivie de façon satisfaisante et toutes les possibilités de formation professionnelle qu'il peut offrir sont mises pleinement à profit.

Un expert-conseil à court terme, qui s'était rendu en Birmanie au mois de juin pour y étudier l'état de nutrition de la population et pour conseiller et aider le Gouvernement dans la mise au point d'un programme de nutrition, a formulé des propositions que le Gouvernement est en train d'étudier.

Une équipe de onze médecins, envoyée par l'OMS, s'est rendue dans le pays au début de 1952 pour faire la démonstration des méthodes les plus modernes de recherche médicale et d'enseignement de la médecine. Cette équipe a également examiné, dans son ensemble, l'enseignement de la médecine dans les universités et a fait ressortir comment les spécialistes des disciplines fondamentales, des sciences cliniques et des questions de santé publique peuvent collaborer pour atteindre les buts qui leur sont communs.

Un représentant de zone a été nommé par l'OMS en octobre et un spécialiste de la santé publique* a été affecté par l'OMS à la mission de service social envoyée par l'Organisation des Nations Unies en Birmanie.

La Birmanie a reçu onze bourses d'études, dont six * au titre de l'assistance technique.

Ceylan

L'entomologiste qui avait été envoyé par l'OMS en novembre 1951 auprès du centre de formation professionnelle de Kurunegala pour la lutte contre les maladies transmises par les insectes, a poursuivi sa tâche.* Le centre a formé des médecins, des entomologistes et des inspecteurs sanitaires. Les travaux auraient revêtu plus d'ampleur si l'appui national avait été plus important. Il serait nécessaire de développer la formation d'entomologistes et de susciter un intérêt plus vif de la part du personnel local pour les recherches d'ordre pratique. Indépendamment de ce programme de formation professionnelle, on a entrepris des expériences sur la lutte contre la filariose et contre les poux de tête. On cherche également à déterminer la dose optimum d'insecticide pour combattre le vecteur local du paludisme.

L'exécution du projet antituberculeux* ne s'est pas déroulée conformément aux plans établis. Un radiologiste, qui avait été envoyé à Colombo en 1951, a formé des techniciens cingalais pendant l'année 1952 et effectué une enquête de dépistage radiologique systématique en collaboration avec les services de santé du pays. A la fin de l'année, on ne comptait qu'un seul radiologiste cingalais pleinement qualifié ; deux autres avaient commencé leur apprentissage. Le matériel envoyé par le FISE pour le laboratoire de diagnostic de la tuberculose est arrivé à Colombo au début de 1952, mais, à la fin de l'année, les locaux provisoires dans lesquels ce matériel devait être installé au Sanatorium de Welisara n'étaient pas encore achevés. Colombo étant la ville où l'enseignement de la médecine est le plus développé, on espérait que le Gouvernement pourrait aider à y créer un centre de démonstration et de formation professionnelle sur le modèle des centres qui ont été constitués avec succès dans d'autres parties de la Région. Malheureusement, les autorités n'ont pas réussi à trouver des locaux appropriés. Elles ont demandé alors l'assistance de l'OMS pour élaborer un projet antituberculeux à Galle. Le radiologiste sera vraisemblablement maintenu en fonctions pendant l'année 1953, de même que le technicien de laboratoire, si toutefois la construction des bâtiments est achevée au Sanatorium de Welisara.

L'exécution du programme de protection maternelle et infantile* a été poursuivie de façon satisfaisante. Comme les années précédentes, l'aide de l'OMS a permis à des sages-femmes et à des infirmières diplômées de se familiariser avec les soins aux femmes enceintes et aux accouchées : tout le personnel des hôpitaux de Colombo qui avait reçu une formation en matière d'obstétrique et de puériculture a suivi des cours d'entretien. Un service pour prématurés a été installé à la maternité. L'initiation pratique des élèves infirmières aux soins qu'exigent les enfants s'est déroulée sans heurts, de sorte que le personnel international a pu consacrer la totalité de son temps à l'enseignement et à la surveillance des travaux. La nomination éventuelle d'un pédiatre pour l'exécution du projet de Kalutara était à l'étude.

A la fin de l'année, la nouvelle consultation de vénéréologie instituée à l'Hôpital général de Colombo fonctionnait de façon normale et disposait d'un matériel satisfaisant. Deux cours de dix semaines, comportant des travaux répartis sur toute la journée, ont été organisés à l'intention de médecins et ont débuté l'un en juin et l'autre en septembre. L'équipe de l'OMS a mené plusieurs enquêtes sérologiques. D'autre part, les examens sérologiques réguliers des femmes enceintes, auxquels l'infirmière de santé publique envoyée par l'OMS a activement collaboré, se sont poursuivis à la maternité de Castle Street et dans les six dispensaires prénatals de la municipalité de Colombo. Le Gouvernement a récemment chargé un de ses fonctionnaires de diriger ces travaux. Un programme d'éducation sanitaire portant sur les maladies vénériennes a été entrepris au mois de juillet.

L'OMS a commencé, en octobre 1951, à prêter assistance à l'Ecole d'infirmières de Colombo en lui procurant une infirmière-monitrice. Le but visé était

de coordonner l'enseignement théorique et les travaux pratiques (en liaison avec le projet de protection maternelle et infantile auquel l'OMS collabore) et d'améliorer la formation des infirmières à Colombo. Les progrès sont satisfaisants et il est probable qu'une nouvelle infirmière de santé publique sera envoyée en 1953. Les quatre infirmières-monitrices (deux pour l'obstétrique et deux pour les soins aux enfants) affectées au projet de protection maternelle et infantile travaillent en collaboration étroite avec l'école d'infirmières.

Etant donné la pénurie aiguë d'infirmières compétentes à Ceylan et les possibilités limitées de l'Ecole d'infirmières de Colombo, il faudrait créer une deuxième école. Les autorités avaient donc projeté d'en établir une à Kandy, avec l'aide de l'OMS ; ce projet a été retardé de plusieurs mois, les travaux de construction ayant traîné en longueur, et les infirmières-monitrices envoyées par l'OMS en 1951 n'ont pu se mettre au travail qu'en 1952.*

On devait établir une zone de démonstrations sanitaires en 1952,* mais le Gouvernement a retiré la demande qu'il avait présentée à ce sujet.

Un diététicien * des hôpitaux a travaillé dans le pays depuis septembre 1951, mais aucun remplaçant local ne lui avait été adjoint à la fin de 1952.

Un éducateur sanitaire * a été envoyé par l'OMS à Ceylan en mars 1952 pour collaborer à l'exécution d'un projet de l'UNESCO. Les travaux se sont déroulés de façon encourageante et la collaboration des autorités locales et de la population a été satisfaisante, mais dans ce cas également, aucune personne de nationalité cingalaise n'a été nommée auprès de l'éducateur sanitaire de l'OMS. Les travaux se trouvent en outre ralentis par l'insuffisance des moyens locaux de transport.

L'OMS a engagé un expert-conseil spécialisé en médecine légale, qui entrera en fonctions au début de 1953. Elle a également recruté un technicien versé dans la gestion et l'emmagasinage des fournitures médicales, qui a assumé ses fonctions à Colombo en novembre.

La construction de fabriques de DDT * (voir page 55) a progressé très lentement. Suivant les recommandations de la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé (résolution WHA5.30), le Gouvernement cingalais a accepté de transférer la responsabilité de ce projet à l'Administration de l'Assistance technique des Nations Unies.

En mars et avril 1952, l'équipe de onze médecins qui s'était rendue en Birmanie a visité Ceylan. Elle y a travaillé utilement pendant quatre semaines.

Ceylan a reçu sept bourses d'études, dont trois * au titre de l'assistance technique.

Inde

L'équipe envoyée par l'OMS dans le Teraï (Uttar Pradesh) * a poursuivi pendant l'année la lutte contre le paludisme et contre les insectes. La FAO ayant beaucoup tardé à collaborer à ce projet, qui devait devenir un projet mixte visant en même temps à accroître la production des denrées alimentaires et à élever le niveau de santé de la population, l'OMS envisage de remettre au Gouvernement l'organisation antipaludique déjà créée. Les efforts entrepris pour améliorer l'assainissement et les services généraux de santé dans des zones rurales n'ont pas été couronnés de succès. Le paludologue de l'OMS sera dorénavant chargé d'aider le Gouvernement à étendre sa campagne antipaludique à l'ensemble de l'Etat d'Uttar Pradesh, avec les fournitures procurées par la Technical Co-operation Administration des Etats-Unis d'Amérique. Les résultats obtenus contre le paludisme ont été très satisfaisants. Le Gouvernement a prêté son entière collaboration, mais n'a pas été en mesure de tirer pleinement parti de la présence de l'équipe de l'OMS pour développer la formation professionnelle du personnel.

Le centre de démonstration et de formation pour la lutte antituberculeuse * qui avait été établi à Delhi, avec le concours technique de l'OMS et grâce à du matériel livré par le FISE, a terminé ses travaux le 30 septembre. Sur le plan de la formation professionnelle, il a obtenu des résultats relativement satisfaisants et il est parvenu à développer et à améliorer les services de soins à domicile. D'autre part, une vaste enquête épidémiologique a été effectuée. Quant au centre de Trivandrum, * il sera remis entre les mains du personnel local à la fin de l'année. Contrairement à Delhi, Trivandrum ne possédait pas de dispensaire pour tuberculeux, mais un travail remarquable a été accompli pour instituer un centre modèle. Le fait le moins encourageant a été le nombre restreint de médecins, d'infirmières et de techniciens qui se sont inscrits aux cours de formation professionnelle. Des services de laboratoire très satisfaisants ont été créés, tant à Delhi qu'à Trivandrum. Le personnel international a notamment rédigé un manuel sur les méthodes de laboratoire. Au centre de Patna,* les travaux ont été au début considérablement retardés par les difficultés rencontrées dans la construction des bâtiments, mais ils ont avancé depuis lors.

L'OMS avait envisagé de contribuer, en 1952, à l'établissement de centres de démonstration et de formation professionnelle à Calcutta et à Hyderabad, ainsi qu'à la création d'un centre d'enseignement de la chirurgie thoracique à Delhi. Faute de locaux convenables, on n'a malheureusement pu réaliser aucun de ces projets.

Les campagnes de vaccination par le BCG, entreprises par l'OMS et le FISE, n'ont cessé de progresser de mois en mois. Le nombre mensuel moyen des tests tuberculiniques est passé de 350.000, pendant le premier trimestre de l'année, à 650.000 pendant le troisième trimestre. Au début de l'année, trois grands Etats avaient lancé des campagnes BCG de masse ; celles-ci sont actuellement étendues à treize autres Etats, avec l'aide de matériel et de

fournitures procurées par le FISE. Le personnel national formé par l'équipe internationale comprend 35 médecins et 140 techniciens.

Pour des raisons d'ordre économique, le personnel médical indien qui participe à la campagne change constamment, ce qui ralentit les progrès. D'autre part, les administrations de plusieurs Etats ont dû, pour des raisons financières, reviser radicalement les plans qui avaient été établis par leurs services médicaux en collaboration avec les spécialistes internationaux.

Le programme ordinaire de formation de personnel pour la protection maternelle et infantile a été poursuivi. On a institué des cours d'entretien à l'intention des infirmières visiteuses et des infirmières d'enfants, de même que le premier cours de perfectionnement sur les soins infirmiers de santé publique. Le personnel national qui devait doubler l'équipe internationale n'a été nommé que fort tard et l'infirmière de santé publique de l'OMS n'avait pas encore de remplaçante indienne satisfaisante. On a pris des dispositions pour entreprendre à Hyderabad, en 1953, un programme portant à la fois sur la protection maternelle et infantile et sur la formation de personnel infirmier.*

Le projet visant à renforcer le service de protection maternelle et infantile de l'All-India Institute of Hygiene and Public Health de Calcutta a été presque entièrement financé par le FISE. Ce service assurera la formation professionnelle de nombreuses catégories de personnel originaire des différents pays de l'Asie du Sud-Est. Les nouveaux bâtiments étaient presque achevés à la fin de l'année et le recrutement de personnel international était commencé. Il est prévu que le premier cours débutera en juin 1953.

Des études démographiques * ont été effectuées dans deux centres, situés l'un dans l'Etat de Mysore et l'autre à New-Delhi. Des enquêtes ont été faites pour connaître l'opinion de la population et certains renseignements essentiels intéressants ont déjà été réunis.

Un projet-pilote de lutte contre le pian dans l'Inde* a été mis en œuvre dans l'Etat de Madhya Pradesh par un spécialiste de l'OMS, assisté d'un personnel national. Les opérations ont débuté en novembre. Le FISE a prêté trois véhicules et fourni de la pénicilline. On prévoit que deux autres Etats participeront à ce projet.

Du personnel international recruté par l'OMS est venu renforcer le service de vénéréologie de l'Hôpital général de Madras pendant le deuxième semestre de 1952 et un directeur indien responsable a été nommé. Le laboratoire de sérologie fonctionnera dans des locaux provisoires en attendant que la construction des nouveaux locaux soit terminée.

Le FISE a fourni seize équipements complets pour le séro-diagnostic des maladies vénériennes aux différents Etats qui avaient envoyé des stagiaires étudier les méthodes antivénériennes modernes auprès de l'équipe de démonstration de l'OMS stationnée à Simla. Ces stagiaires ont participé à la lutte contre ces maladies dans leurs Etats respectifs.

Le FISE a procuré du matériel d'équipement pour la production de cardiolipine, tandis que l'OMS a attribué une bourse * pour l'étude de la préparation des antigènes.

L'OMS a commencé en juin à aider le Gouvernement à exécuter un projet de formation de personnel infirmier à Calcutta.* Elle a organisé des cours d'obstétrique et fourni du matériel d'équipement. L'une des principales difficultés auxquelles on s'est heurté a été le fait que le personnel actuel est trop restreint pour pouvoir suivre régulièrement les cours. La création de postes supplémentaires d'élèves-infirmières a été approuvée et l'on envisageait d'augmenter le nombre des stagiaires. Le projet de Madras, pour lequel une infirmière d'enfants a été envoyée, a débuté en novembre. Le recrutement se poursuit en ce qui concerne le projet de Bombay. Un projet analogue sera mis à exécution à Ludhiana en 1953.*

Deux cours de trois mois pour infirmières visiteuses et pour infirmières d'enfants ont commencé l'un en avril, et l'autre en juillet. D'autre part, un cours d'un mois pour infirmières-monitrices s'est tenu en novembre. Quarante-sept infirmières, au total, ont suivi ces divers cours.

L'OMS a de nouveau fourni une assistance à l'Indian Council of Medical Research pour ses recherches sur l'épidémiologie du choléra.[2]

Un écologiste a été chargé par l'OMS d'étudier dans l'Uttar Pradesh le mode de transmission de la peste, sa propagation d'une région à l'autre et la persistance, génératrice de foyers d'endémicité, de ses manifestations épidémiques dans certaines localités. Ce spécialiste s'est mis à l'œuvre en juillet et son travail progressait favorablement.

Des progrès satisfaisants ont également été enregistrés dans la création d'une fabrique d'antibiotiques (voir page 54) avec l'aide de l'OMS et du FISE. La construction des bâtiments avançait rapidement et du matériel d'équipement était en train d'être livré.*

On envisage d'installer à Delhi la fabrique de DDT qui doit être construite (voir page 55). Le FISE fournit le matériel à importer ; quant à l'OMS, elle envisage de fournir une assistance pendant une période de trois ans.*

Le Directeur de l'Ecole de Médecine de Trivandrum a été nommé.* Un professeur de pharmacologie, recruté pour l'Ecole de Médecine tropicale de Calcutta, est entré en fonctions en novembre.* D'autre part, un professeur d'hygiène physiologique et industrielle a pris possession de son poste à l'All-

---

[2] L'OMS finance cette activité au moyen d'une subvention, qui est inscrite, sous la rubrique correspondante, dans le budget ordinaire (Siège).

India Institute of Hygiene and Public Health de Calcutta.*

Deux experts, également recrutés par l'OMS, ont commencé à collaborer à la création d'une école de physiothérapie à Bombay.*

La mission médicale qui se rendait en Birmanie s'est arrêtée pendant une semaine à Calcutta, étant donné le retard apporté au projet qu'elle devait entreprendre à Rangoon. La ville de Calcutta en a profité pour faire appel à ses services. La visite de la mission médicale a suscité un tel intérêt que le Gouvernement a demandé à l'OMS d'envoyer dans l'Inde une mission analogue en février 1953.

Le colloque inter-régional sur la rage * qui s'est tenu à Coonoor est décrit à la page 20.

L'Inde a reçu trente-trois bourses d'études, dont treize * ont été imputées sur les fonds de l'assistance technique et trois ont été administrées pour le compte du FISE.

Inde, Etablissements français

Des fournitures et du matériel ont été envoyés à l'Ecole de Médecine de Pondichéry.

Une bourse d'études a été octroyée.

Inde portugaise

Un expert-conseil a court terme a séjourné pendant quatre semaines dans l'Inde portugaise pour donner des avis sur l'aménagement de l'hôpital psychiatrique de Panjim et pour organiser les services de santé mentale. Son rapport définitif a été remis au Gouvernement et au Bureau régional.

L'Inde portugaise a reçu deux bourses d'études, dont une * au titre de l'assistance technique.

Indonésie

Les trois experts de l'OMS affectés au projet de lutte contre le paludisme et contre les insectes * ont poursuivi leurs travaux à Tjilatjap, sur la côte sud de Java. Selon les prévisions, les pulvérisations de DDT effectuées au cours de l'année protégeront environ 65.000 personnes. En dépit des interruptions qui se sont produites dans les opérations, soit par suite de postes momentanément vacants dans l'équipe de l'OMS, soit en raison de circonstances de force majeure, les progrès réalisés ont été satisfaisants. Les autorités et la population locales ont fait preuve d'un bon esprit de collaboration, mais le Gouvernement n'a pas encore été en mesure de détacher auprès du paludologue et de l'entomologiste de l'OMS des stagiaires indonésiens susceptibles de les remplacer. On n'a pas pleinement tiré parti de la présence de l'équipe internationale pour former du personnel national.

L'équipe de démonstrations antituberculeuses et de formation professionnelle de Bandoeng * a préparé le lancement d'une campagne de vaccination par le BCG (budget ordinaire).

Sur le plan de la protection maternelle et infantile, l'OMS a collaboré à la remise en état de centres de protection infantile et d'institutions pour les femmes et pour les enfants, et à la formation du personnel nécessaire.* L'équipe chargée de cette tâche s'emploie principalement à réorganiser les centres de protection maternelle et infantile de Djokjakarta. Des cours d'entretien, donnés tout au long de l'année, ont été suivis par une centaine de sages-femmes. Le Gouvernement n'a pas encore nommé de stagiaire destiné à remplacer ultérieurement le spécialiste de l'OMS.

Des progrès considérables ont été réalisés dans la campagne de masse contre les tréponématoses.* Un laboratoire a été créé et des fournitures et du matériel ont été procurés par le FISE. Environ 182.000 cas de pian ont été traités entre le 1er janvier et le 7 septembre. Un biostatisticien engagé pour une brève période a collaboré à l'analyse des données statistiques recueillies. Il était envisagé d'étendre la campagne contre le pian à l'ensemble du pays. Le Gouvernement, la Technical Co-operation Administration des Etats-Unis d'Amérique, le FISE et l'OMS sont en train d'étudier la question des livraisons de pénicilline nécessaires.

L'OMS a contribué au renforcement de l'Institut de la Nutrition de Djakarta en lui envoyant un médecin nutritionniste et un aide-biochimiste.* Elle continuera son assistance pendant deux ans et il est envisagé d'élargir quelque peu les travaux entrepris. La FAO s'est chargée de son côté de procurer un diététicien.

L'OMS avait prévu d'affecter un éducateur sanitaire au projet d'éducation de base de l'UNESCO, mais le Gouvernement a renoncé entre temps à cette aide. En effet, un de ses fonctionnaires, qui bénéficie actuellement d'une bourse d'études, sera prochainement en mesure d'assumer ces fonctions.

Un expert-conseil à court terme a été envoyé en Indonésie au mois d'octobre pour procéder à une enquête sur la peste. Il a terminé sa mission et a soumis un rapport préliminaire.

Le Gouvernement a demandé à l'OMS d'envoyer sept professeurs à la Faculté de Médecine de l'Université Gadjah Mada, à Djokjakarta. L'Organisation lui a fait connaître les dispositions qu'elle envisage de prendre à ce sujet.

L'Indonésie a reçu trente-trois bourses d'études, dont treize * ont été imputées sur les fonds de l'assistance technique, et quinze ont été administrées pour le compte du FISE.

Thaïlande

L'exécution du projet antituberculeux de Bangkok * s'est heurtée à des difficultés de recrutement, mais celles-ci ont finalement pu être surmontées. La

construction du nouveau laboratoire était près d'être achevée. Ce laboratoire offrira les mêmes possibilités que les autres centres de démonstration et de formation professionnelle. Des fournitures et du matériel d'équipement ont été livrés par le FISE.

Pour l'exécution d'un programme de vaccination par le BCG, l'OMS se propose de mettre à la disposition du Gouvernement, pendant six mois, un expert-conseil spécialiste de la production du BCG * et, pendant deux ans, un conseiller expérimenté et deux infirmières. La mise en œuvre du projet a été retardée par suite de difficultés de recrutement.

A Bangkok, la réalisation du programme de protection maternelle et infantile * s'est poursuivie tout au long de l'année avec l'aide de l'OMS et du FISE et d'importants progrès ont été enregistrés. Le Gouvernement a fourni un bâtiment spacieux et commode et les travaux ont été fort bien organisés. Diverses catégories d'élèves et d'étudiants, notamment des étudiants en médecine, recevaient une formation spéciale dans ce domaine.

Un projet visant à développer les services de protection maternelle et infantile et les services infirmiers dans les zones rurales de la province de Tchiengmai * a progressé lentement, avec l'aide de l'OMS et grâce aux fournitures procurées par le FISE. L'éducation sanitaire occupait une place importante parmi ces activités. La formation d'infirmières et de sages-femmes locales a été intensifiée. D'autre part, l'établissement, à l'hôpital provincial, d'une maternité qui permettra la formation de sages-femmes, a marqué quelques progrès. Ce projet devrait se transformer en un projet de démonstrations sanitaires dans les zones rurales au début de 1953.*

L'OMS devait également apporter sa contribution à l'œuvre de protection maternelle et infantile en mettant en train un programme coordonné de services d'hygiène scolaire à Chachoengsao, en liaison avec le projet d'éducation de base de l'UNESCO. Les travaux auraient dû commencer en 1952 mais ils ont été remis au début de 1953.*

Une campagne contre les tréponématoses,* menée avec l'aide de l'OMS et du FISE, est en voie d'expansion. Quelque 100.000 cas de pian ont été traités de janvier à octobre 1952. Des campagnes de masse ont été entreprises en divers endroits et la formation de personnel a été poursuivie. Des cours d'entretien ont été donnés aux membres des équipes existantes. Un biostatisticien a été envoyé sur les lieux pour une courte période en vue d'analyser les données statistiques déjà rassemblées. Des échantillons de sérums ont été échangés. Les travaux se sont déroulés de façon satisfaisante et la population a apporté sa collaboration. On a pleinement tiré parti de la présence de l'équipe internationale pour former du personnel spécialisé. Le Gouvernement a également fourni une aide précieuse à l'occasion du symposium sur le pian, qui a eu lieu à Bangkok, en mars 1952 (voir page 15).

Une enquête sur la filariose, commencée en 1951, par un expert-conseil de l'OMS, a été poursuivie pendant six semaines en 1952. Le Gouvernement étudiait les recommandations formulées dans le rapport de l'expert.

La formation d'élèves sages-femmes pour les soins à domicile a été entreprise à Bangkok dans le cadre du programme de protection maternelle et infantile.* L'infirmière-chef thaïlandaise a commencé à travailler, en collaboration avec le conseiller de l'OMS pour les soins infirmiers, dans la Division des Services infirmiers nouvellement créée.

Un programme d'assainissement aurait dû être mis en œuvre en 1952, mais son exécution a été provisoirement ajournée sur la demande du Gouvernement. Des crédits ont été prévus pour une assistance de l'OMS en 1953.*

La Thaïlande a reçu douze bourses d'études, dont cinq * au titre de l'assistance technique.

CHAPITRE 14

RÉGION EUROPÉENNE [1]

L'année 1952 a été pour l'Organisation régionale de l'Europe, établie le 3 septembre 1951, sa première année complète d'activité. Elle a été caractérisée par la création d'une nouvelle structure administrative, qu'il a fallu établir sans interrompre la continuité des programmes dont s'occupait depuis trois ans le Bureau spécial pour l'Europe. La séparation des fonctions du Bureau régional, d'une part, et du Siège, d'autre part, a soulevé quelques difficultés, d'ailleurs prévues, en raison notamment du fait que le premier a été temporairement installé à Genève dans les locaux du second.

Après avoir admis le Maroc (Protectorat français) et la Tunisie en qualité de Membres associés, la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé a rattaché ces territoires à la Région européenne, en attendant les résultats d'une étude entreprise par le Conseil Exécutif sur la question générale du rattachement aux Régions. A la demande du Gouvernement de la Turquie, ce pays a également été rattaché à la Région européenne à titre provisoire et il a temporairement suspendu ses activités dans la Région de la Méditerranée orientale.

Ce sont donc les Membres et Membres associés énumérés ci-après qui, en 1952, ont participé aux travaux de la Région européenne : Allemagne (République fédérale), Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Irlande, Islande, Italie, Luxembourg, Maroc (Protectorat français), Monaco, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Suède, Suisse, Tunisie, Turquie et Yougoslavie. Les Etats suivants n'ont pas participé à l'activité régionale : Albanie, RSS de Biélorussie, Bulgarie, Hongrie, Pologne, Roumanie, Tchécoslovaquie, RSS d'Ukraine et URSS.

Vers la fin de 1951, des consultations sur les futurs programmes ont commencé avec les gouvernements ; ainsi, le Comité régional a été en mesure d'examiner, à sa session de 1952, une première série de propositions afférentes aux programmes recommandés par les Etats Membres de la Région pour 1953 et 1954. La procédure d'élaboration initiale du programme par les pays intéressés a donc marqué des progrès sensibles.

La deuxième session du Comité régional s'est tenue à Lisbonne, du 25 au 27 septembre ; les représentants de vingt Etats Membres et Membres associés y ont participé. Les travaux de la session ont également été suivis par des représentants du FISE et par des observateurs de la Fondation Rockefeller, du Centre international de l'Enfance, de l'Union internationale contre le Péril vénérien, de l'Association internationale de Pédiatrie, de la Fédération internationale des Hôpitaux, de l'American College of Chest Physicians, de l'Association médicale mondiale, du Conseil international des Infirmières, de l'Union internationale contre le Cancer, de la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge et de la Société internationale de Biométrie.

Le Comité a passé en revue les objectifs à longue portée de l'OMS en Europe et il a recommandé au Conseil Exécutif un programme de quatre ans qui serait inclus dans le programme général de l'Organisation. Il a examiné les programmes proposés pour 1953 et 1954, particulièrement en ce qui concerne les activités régionales ou inter-pays, et il a approuvé un programme qui sera intégré dans le programme général et le budget de l'OMS pour les exercices considérés. Le Comité a pris acte de la résolution de la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé par laquelle le Directeur général a été prié, lors de l'attribution des bourses d'études individuelles, de donner la priorité aux pays insuffisamment développés ; il a proposé que ce texte fasse l'objet d'un nouvel examen de la part de la Sixième Assemblée Mondiale de la Santé. Après un échange de vues préliminaire, le Comité a décidé de renvoyer la question d'un budget régional supplémentaire à sa prochaine session, pour étude et discussion. Les gouvernements de tous les Etats Membres ont été invités à faire connaître leur avis sur le siège permanent du Bureau régional. Les opinions exprimées seront discutées lors de la troisième session du Comité ; dans l'intervalle, le siège sera maintenu provisoirement à Genève.

Le Comité a examiné le travail accompli par la Commission internationale antivénérienne du Rhin. Les gouvernements riverains, ainsi que l'Organisation Internationale du Travail, seront consultés sur l'opportunité d'établir une commission dotée de plus

---

[1] Conformément aux décisions de la Première et de la Deuxième Assemblée Mondiale de la Santé (*Actes off. Org. mond. Santé*, **13**, 80, 330 ; **21**, 53), cette Région comprend l'ensemble de l'Europe, à l'exception de la Turquie, qui y a néanmoins été provisoirement rattachée par décision de la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé. Lors de la même Assemblée, l'Algérie, le Maroc (Protectorat français), la Tunisie et le Groenland ont été provisoirement rattachés à cette Région.

CARTE 9. RÉGION EUROPÉENNE

Activités entreprises par l'OMS en 1952, y compris les activités communes



larges pouvoirs qui s'occuperait de la santé et de la protection sociale des bateliers du Rhin et de leurs familles.

Le Comité a décidé de tenir sa troisième session à Copenhague (Danemark) et sa quatrième session en Yougoslavie.

Le Dr N. Begg a été nommé Directeur régional pour l'Europe le 1er février 1952, lors de la neuvième session du Conseil Exécutif. La structure administrative du Bureau régional a ensuite été établie : le Bureau comprend une section des plans et opérations composée d'un Directeur régional adjoint, d'un assistant d'administration, d'un personnel de secrétariat et de quatre fonctionnaires régionaux de la santé s'occupant de questions générales telles que l'administration de la santé publique, la protection maternelle et infantile, l'hygiène sociale et la médecine du travail, et l'assainissement. Dans le courant de l'année, le Bureau régional s'est vu confier la tâche d'administrer les bourses d'études attribuées dans la Région, et quatre membres du personnel, qui doivent former le cadre d'une section de l'enseignement et de la formation professionnelle, ont été transférés du Siège au Bureau régional. Les programmes d'assistance technique sont placés sous le contrôle d'un médecin, aidé de fonctionnaires de la santé spécialisés dans la lutte contre les maladies transmissibles, l'éducation sanitaire de la population et l'organisation des bibliothèques médicales ; ce sont là, en effet, des questions souvent mentionnées dans les demandes d'assistance pour les deux prochaines années, présentées par les gouvernements au titre du programme élargi.

Comme il lui a été possible de recourir aux services du Siège, le Bureau régional n'a pas cherché à organiser un service administratif et financier complet, mais un fonctionnaire d'administration et des finances, un fonctionnaire chargé des questions de personnel et un comptable en constituent l'élément initial. Mise à part la nomination, qui interviendra au début de 1953, d'un fonctionnaire de l'information et de fonctionnaires régionaux de la santé spécialisés dans les soins infirmiers et la santé mentale, la structure du Bureau régional peut actuellement être considérée comme à peu près stabilisée tant que son siège demeurera à Genève. Si l'on devait décider de le fixer ailleurs, il serait alors nécessaire de revoir entièrement sa dotation en personnel, notamment en ce qui concerne l'effectif du service administratif et financier.

Quant aux activités dans les pays, le caractère du travail accompli par l'OMS en Europe exige qu'il soit plutôt fait appel à des experts-conseils à court terme qu'à des spécialistes à plus long terme. Les rapports antérieurs ont déjà signalé l'engagement, pour deux ans, de fonctionnaires de la santé publique envoyés dans un certain nombre de pays qui bénéficient du programme d'assistance technique. Douze experts-conseils avec contrats de longue durée et quarante-deux avec contrats de courte durée ont été nommés pour entreprendre de nouvelles activités dans les divers pays.

En 1951, la Turquie et la Yougoslavie étaient les seuls pays d'Europe où des programmes d'assistance technique avaient été mis en œuvre. En 1952, des accords de base pour l'octroi d'une assistance technique ont été signés avec l'Autriche, l'Espagne, la Finlande et la Grèce ; en outre, des demandes émanant du Maroc (Protectorat français) et de la Tunisie étaient à l'étude. L'exécution des premiers programmes européens d'assistance technique ayant quelque ampleur a donc débuté au cours de l'année.

La coopération avec l'Organisation des Nations Unies et les institutions spécialisées est toujours étroite. L'OMS a collaboré avec l'Office européen des Nations Unies à l'occasion des programmes particuliers indiqués au Tableau I, et des relations de travail efficaces ont été établies, notamment en matière de bourses d'études — le Bureau régional aide régulièrement à donner aux boursiers des Nations Unies les instructions requises et des consultations ont lieu avec l'Office européen sur les questions d'enseignement qui se rapportent à la santé et au bien-être. Une collaboration s'est instituée, en matière d'habitat et d'urbanisme, avec la Commission économique pour l'Europe, et, en matière de production d'antibiotiques, avec l'Administration de l'Assistance technique des Nations Unies. Les programmes relatifs à l'hygiène des gens de mer — y compris la lutte contre les maladies vénériennes — et à la médecine du travail ont figuré parmi les sujets discutés avec l'Organisation International du Travail. Le Bureau régional s'est tenu en relations suivies avec l'UNESCO pour l'étude des problèmes posés par l'organisation des bibliothèques médicales, et avec la FAO pour la nutrition et les zoonoses. En outre, le Bureau régional a collaboré avec la Fondation Rockefeller au sujet des écoles de santé publique, de l'assainissement et d'autres questions plus spéciales. Il a participé aux travaux du comité consultatif technique du Centre international de l'Enfance de Paris et à l'élaboration de ses programmes. Il a collaboré étroitement avec le FISE pour l'établissement des plans et l'exécution des programmes communs.

Au mois de septembre, des relations ont été établies avec le Conseil de l'Europe ; une correspondance a été échangée, qui prévoit des consultations mutuelles et, lorsque cela est nécessaire, une action conjointe sur tous les problèmes d'intérêt commun. L'OMS a été représentée aux sessions que le Conseil a tenues durant l'année.

TABLEAU I — PROGRAMMES INTER-PAYS EN EUROPE

Description du programme	Durée	Gouvernement(s) principalement intéressé(s)	Autres pays participants	Participants et boursiers §	Institutions participantes et rôle du Bureau régional
Administration de la santé publique					
Continuation de l'étude sur certains aspects de l'administration de la santé publique en Europe, organisée à l'intention des fonctionnaires supérieurs de la santé	1 mois	France Norvège	Allemagne (République fédérale) Autriche Belgique Danemark Espagne Finlande Grèce Islande Italie Luxembourg Pays-Bas Portugal Royaume-Uni Suède Suisse Turquie Yougoslavie	19	Bureau régional ; le Bureau a désigné un chef de groupe pour le voyage d'étude
Alcoolisme					
Constitution d'Abstract Archives of Alcohol Literature dans certaines bibliothèques d'Europe	2 ans 1952-1954	—	Allemagne (République fédérale) Belgique Danemark Finlande France Irlande Norvège Suède Suisse Yougoslavie	—	Bureau régional ; le Bureau a envoyé aux bibliothèques la collection complète des Archives déjà publiées, qui lui ont été remises par l'Université de Yale, et il leur a fourni les résumés analytiques au fur et à mesure de leur parution (envoi prévu pendant une première période de 2 ans)
Anesthésiologie					
a) Nouveau cours fondamental de perfectionnement pour anesthésiologues, organisé au Centre d'anesthésiologie de Copenhague †	1 an juin 1952-mai 1953	Danemark	Allemagne (République fédérale) Autriche Belgique Espagne Finlande Italie Norvège Suède Suisse Turquie Yougoslavie	20	Université de Copenhague et Bureau régional ; le Bureau a envoyé des chargés de cours venant de l'extérieur et procuré une partie du matériel d'enseignement
b) Cours de formation pour anesthésiologues, organisé au Centre d'anesthésiologie de Paris	1 an à partir du 1er nov. 1952	France	— —	—	Université de Paris et Bureau régional ; le Bureau a envoyé un conseiller technique et fourni une partie du matériel d'enseignement pour les cours
Antibiotiques					
a) Cours de formation collective sur l'emploi des antibiotiques dans le traitement des enfants ; Paris †	1 semaine	France	Autriche Belgique Finlande Grèce Italie Pays-Bas Yougoslavie	7	Centre international de l'Enfance
b) Nouveau cours de formation pour les recherches sur les antibiotiques et leurs techniques de fabrication, organisé à l'Istituto Superiore di Sanità de Rome †	1 an janv.-déc. 1952	Italie	Yougoslavie	2	Siège de l'OMS

§ Boursiers régionaux ou participants invités par l'OMS

† Bien que des ressortissants d'autres Régions aient été invités à prendre part à ces activités, il n'est fait mention ici que des boursiers et des participants européens.

PROGRAMMES INTER-PAYS EN EUROPE (suite)

Description du programme	Durée	Gouvernement(s) principalement intéressé(s)	Autres pays participants		Participants et boursiers §	Institutions participantes et rôle du Bureau régional
Assainissement						
a) Cours de formation collective portant sur le rôle de l'ingénieur dans la santé publique ; Londres et Birmingham	2 semaines	Royaume-Uni	Finlande France Grèce	Portugal Suisse	5	British Council et Institute of Civil Engineers
b) Conférence européenne d'ingénieurs sanitaires sur le traitement et l'évacuation des eaux usées dans le cas d'habitations isolées ; Londres	10 jours	Royaume-Uni	Allemagne (République fédérale) Autriche Belgique Danemark Espagne Finlande France Grèce	Irlande Islande Italie Norvège Pays-Bas Portugal Suède Suisse Yougoslavie	35	Fondation Rockefeller, Siège de l'OMS et Bureau régional ; le Bureau a envoyé un expert-conseil et 4 directeurs des discussions
Assistance sociale aux cas individuels (social case-work)						
a) Colloque organisé à l'intention des assistants sociaux sur les techniques d'assistance sociale aux cas individuels ; Genève	10 jours	Suisse	—	—	—	Nations Unies et Bureau régional ; le Bureau a envoyé un conférencier
b) Colloque sur la formation du personnel enseignant et du personnel de direction des services d'assistance sociale aux cas individuels ; Helsinki	2 semaines	Finlande	—	—	—	Nations Unies et Bureau régional ; le Bureau a envoyé un conférencier
Assistantes médico-sociales						
Continuation de l'étude-pilote visant à déterminer la catégorie de personnel sanitaire la mieux adaptée aux besoins médicaux et sociaux des familles	2 ans 1952-1953	France Royaume-Uni	—	—	—	Fondation Rockefeller et Bureau régional ; le Bureau a envoyé le conseiller technique et assuré le secrétariat du comité consultatif technique
Chirurgie thoraco-pulmonaire						
Cours de formation collective sur certains aspects de la chirurgie thoraco-pulmonaire ; Groningue †	3 semaines	Pays-Bas	Allemagne (République fédérale) Autriche Belgique Espagne	France Irlande Islande Italie Suisse Yougoslavie	10	Université de Groningue
Enfants prématurés						
Cours de formation collective sur la prématurité, organisé à l'intention des médecins et infirmières à l'Ecole de Puériculture de Paris	3 mois	France	Italie	Yougoslavie	22	Centre international de l'Enfance

§ Boursiers régionaux ou participants invités par l'OMS

† Bien que des ressortissants d'autres Régions aient été invités à prendre part à ces activités, il n'est fait mention ici que des boursiers et des participants européens.

PROGRAMMES INTER-PAYS EN EUROPE (suite)

Description du programme	Durée	Gouvernement(s) principalement intéressé(s)	Autres pays participants		Participants et boursiers §	Institutions participantes et rôle du Bureau régional
Enfants privés de famille						
Colloque sur les enfants privés de famille ; Londres †	10 jours	Royaume-Uni	Finlande Grèce	Italie	3	Centre international de l'Enfance
Maladies de l'enfance						
a) Conférence technique réunissant des chefs de laboratoires producteurs d'anatoxine diphtérique et de vaccin anticoquelucheux ; Dubrovnik	1 semaine	Yougoslavie	—	—	8	Siège de l'OMS et Bureau régional ; le Bureau a envoyé des experts européens
b) Cours de formation collective sur le diagnostic biologique des maladies transmissibles de l'enfance ; Paris †	6 semaines	France	Allemagne (République fédérale) Belgique	Espagne Norvège Pays-Bas Yougoslavie	6	Centre international de l'Enfance
Maladies vénériennes						
a) Continuation des travaux de la commission intergouvernementale instituée pour lutter contre les maladies vénériennes parmi les bateliers du Rhin et leur famille	3 ans 1950-1952	Allemagne (République fédérale) Belgique France Pays-Bas Suisse	—	—	—	Siège de l'OMS, OIT, et Bureau régional ; le Bureau a assuré le secrétariat d'une réunion de la Commission internationale antivénérienne du Rhin et fourni un lot de dépliants d'information
b) Continuation des travaux du Centre de démonstration et de formation professionnelle pour la lutte contre les maladies vénériennes chez les gens de mer (port de Rotterdam). Cinq groupes d'experts ont étudié des problèmes particuliers en vue de la préparation de cours de formation internationaux †	3 ans 1951-1954	Pays-Bas	—	—	—	Siège de l'OMS et Bureau régional ; le Bureau a envoyé un médecin, il a participé aux frais d'exploitation du centre et lui a procuré du matériel d'enseignement. Il a aussi financé les réunions des groupes d'étude et désigné des experts pour les diriger
c) Troisième colloque annuel sur le test TPI et les nouveaux aspects immunologiques de la syphilis ; Marseille	3 jours	France	—	—	—	Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie et Bureau régional ; le Bureau a fourni 6 experts européens
Médecine du travail						
a) Cours de formation collective en matière de médecine du travail ; Manchester et Birmingham †	3 semaines	Royaume-Uni	Allemagne (République fédérale) Autriche Belgique Danemark Finlande	Irlande Monaco Norvège Pays-Bas Suède Suisse	11	British Council

§ Boursiers régionaux ou participants invités par l'OMS

† Bien que des ressortissants d'autres Régions aient été invités à prendre part à ces activités, il n'est fait mention ici que des boursiers et des participants européens.

PROGRAMMES INTER-PAYS EN EUROPE (suite)

Description du programme	Durée	Gouvernement(s) principalement intéressé(s)	Autres pays participants		Participants et boursiers §	Institutions participantes et rôle du Bureau régional
Médecine du travail (suite) *b*) Colloque sur la médecine du travail et ses rapports avec l'organisation des services sanitaires ; Leyde	10 jours	Pays-Bas	Allemagne (République fédérale) Danemark Finlande Irlande	Islande Norvège Suède Royaume-Uni Turquie	41	OIT et Bureau régional ; le Bureau a fourni l'organisateur du colloque et envoyé 16 conférenciers
Médecine préventive Conférence européenne de professeurs d'hygiène sur l'enseignement de la médecine préventive aux étudiants en médecine ; Nancy	1 semaine	France	Allemagne (République fédérale) Autriche Belgique Danemark Espagne Finlande Grèce Irlande	Islande Italie Norvège Pays-Bas Portugal Suède Suisse Turquie Yougoslavie	19	Siège de l'OMS et Bureau régional ; le Bureau a envoyé 4 directeurs des discussions et 5 administrateurs principaux de santé publique
Paludisme Nouveau cours de formation comportant à la fois des travaux biologiques et cliniques sur le paludisme ; Lisbonne	10 semaines	Portugal	Belgique Espagne France (et Algérie) Grèce	Maroc (Protectorat français) Tunisie Yougoslavie	11	Institut de Paludologie et Bureau régional ; le Bureau a envoyé 2 chargés de cours
Pédiatrie sociale Cours de formation collective sur la pédiatrie sociale ; Paris †	3 mois	France	Danemark Espagne	Portugal Suisse	4	Centre international de l'Enfance
Placement familial Colloque sur les aspects médicaux et sociaux du placement familial des enfants ; Oslo	2 semaines	Norvège	—	—	—	Nations Unies et Bureau régional ; le Bureau a envoyé 2 conférenciers
Réadaptation des adultes physiquement diminués Cours de formation collective en matière de réadaptation des infirmes adultes ; Scandinavie	2 mois	Danemark Finlande Suède	Autriche Grèce Italie	Norvège Pays-Bas	28	Nations Unies, OIT, et Bureau régional ; le Bureau a envoyé un expert-conseil
Réadaptation des enfants physiquement diminués Cours de formation collective pour auxiliaires médicaux sur la réadaptation des enfants atteints d'infirmité motrice ; Paris †	5 mois	France	Autriche Finlande	Portugal	3	Centre international de l'Enfance

§ Boursiers régionaux ou participants invités par l'OMS

† Bien que des ressortissants d'autres Régions aient été invités à prendre part à ces activités, il n'est fait mention ici que des boursiers et des participants européens.

PROGRAMMES INTER-PAYS EN EUROPE (suite)

Description du programme	Durée	Gouvernement(s) principalement intéressé(s)	Autres pays participants		Participants et boursiers §	Institutions participantes et rôle du Bureau régional
Santé mentale des enfants *a*) Colloque scandinave de psychiatrie infantile ; Lillehammer	2 semaines	Norvège	Danemark Finlande	Islande Suède	20	Nations Unies et Bureau régional ; le Bureau a envoyé un expert-conseil et 6 conférenciers
b) Cours d'été sur la santé mentale et le développement du jeune enfant ; Chichester †	3 semaines	Royaume-Uni	Allemagne (République fédérale) Autriche Belgique Danemark Espagne Finlande France	Grèce Irlande Italie Norvège Pays-Bas Portugal Suède Suisse Yougoslavie	38	Fédération mondiale pour la Santé mentale et Bureau régional ; le Bureau a participé aux frais d'organisation
c) Conférence sur l'éducation et la santé mentale des enfants ; Paris	3 semaines	France	—	—	—	UNESCO et Bureau régional ; le Bureau a envoyé 5 directeurs des discussions
Santé publique Trois réunions de représentants des gouvernements en vue de préparer des cours de formation en santé publique dans les pays scandinaves ; Copenhague et Göteborg	3 réunions	Danemark Suède	Finlande Islande	Norvège	—	Bureau régional et Fondation Rockefeller
Zoonoses Colloque sur les zoonoses (brucellose, leptospirose, fièvre Q, rage et tuberculose bovine) ; Vienne	1 semaine	Autriche	Allemagne (République fédérale) Belgique Danemark Espagne Finlande France Irlande Islande Italie	Maroc (Protectorat français) Norvège Pays-Bas Suède Suisse Tunisie Turquie Yougoslavie	34	FAO, Siège de l'OMS et Bureau régional ; le Bureau a fourni l'organisateur de la conférence et envoyé 4 directeurs des discussions

§ Boursiers régionaux ou participants invités par l'OMS

† Bien que des ressortissants d'autres Régions aient été invités à prendre part à ces activités, il n'est fait mention ici que des boursiers et des participants européens.

Exposé général des activités de l'OMS dans la Région

Comme les pays européens sont généralement parvenus à un stade d'évolution technique qui permet des progrès dans de nombreux domaines sanitaires, le Bureau régional a dû, dès les premiers jours de son existence, formuler une série de principes destinés à guider l'activité de l'OMS en Europe, et préciser ainsi les moyens d'assistance internationale les mieux adaptés à la situation. Lors de sa deuxième session, le Comité régional a reconnu que l'Organisation pouvait jouer un rôle particulièrement important pour la coordination des directives applicables aux problèmes sanitaires communs,

pour les échanges d'informations, pour l'étude de différents systèmes de services sanitaires et pour le développement de l'enseignement et de la formation professionnelle. La tâche supplémentaire qui consiste à fournir une aide directe aux pays économiquement retardataires a été rattachée sans trop de difficultés à celles qui viennent d'être énumérées.

Toute description des efforts entrepris à ces diverses fins au cours d'une année donnée doit être considérée en liaison avec les indications fournies dans des rapports antérieurs. Par exemple, la plupart des activités inter-pays, exposées dans le Tableau I, et beaucoup d'activités relatives à des États particuliers, mentionnées dans la deuxième partie du présent chapitre, constituent seulement des étapes dans le développement continu des programmes sanitaires en Europe.

Programme ordinaire

Les programmes financés au moyen du budget ordinaire comprenaient quelques études sur de grands problèmes médicaux-sociaux, par exemple l'étude des besoins familiaux, qui se poursuit actuellement en Angleterre et en France. Certains travaux ont également été entrepris dans des domaines techniques plus spéciaux, comme celui du développement psychologique de l'enfant. Il sera nécessaire de se consacrer bien davantage encore à ce genre d'études avant de pouvoir se lancer dans une action internationale.

La coordination des directives sanitaires s'est traduite jusqu'ici par la création d'une commission régionale : la Commission internationale antivénérienne du Rhin dont il a déjà été parlé. Il reste encore beaucoup à faire dans ce domaine.

Durant l'année, des conférences techniques régionales, des colloques, etc., ont été organisés sur de nombreux sujets. En Europe, ces activités en sont maintenant arrivées au stade où il est absolument nécessaire de définir des expressions telles que « colloque », « groupe d'étude », « symposium », « cours de formation professionnelle » ; il est également indispensable de préciser les objectifs visés lorsqu'on réunit des fonctionnaires de la santé publique pour un débat. Ce point a d'ailleurs été relevé par le Comité régional. Une conférence technique ou un colloque a en général un retentissement immédiat parmi les participants. En outre, ces réunions offrent l'occasion de rassembler en une même équipe des représentants de groupes professionnels différents, par exemple des ingénieurs sanitaires avec des fonctionnaires de la santé publique, des fonctionnaires de cette dernière catégorie avec des spécialistes de l'hygiène industrielle, des pédiatres avec des spécialistes de la psychiatrie de l'enfance, des médecins avec des vétérinaires. Il est moins facile d'estimer l'utilité lointaine de ces efforts ; toutefois, au cours de l'année, il est apparu que des gouvernements envisageaient l'organisation, sur le plan national, de colloques et de conférences qui feraient suite aux réunions dues à l'initiative commune d'un certain nombre de pays. Il est probable que l'on s'adressera de temps à autre à l'OMS pour collaborer à ces activités complémentaires.

L'enseignement et la formation professionnelle sont toujours l'un des éléments fondamentaux du programme européen. Les cours de formation technique par groupe, l'assistance à des écoles de santé publique et à d'autres établissements d'enseignement professionnel, l'attribution de bourses individuelles d'études, toutes ces activités ont constitué les parties complémentaires d'un même programme dont les principaux objectifs ont été exposés dans le Rapport annuel de 1951 et qu'il est inutile de décrire à nouveau ; on en trouvera de nombreux exemples dans le Tableau I et dans les paragraphes consacrés aux divers pays. De même que les conférences régionales, la formation par groupe offre la possibilité de rassembler une équipe sanitaire dont chaque membre se voit confier une section particulière d'un programme général, par exemple l'administration des soins destinés aux enfants physiquement diminués. Pour évaluer les résultats de la formation par groupe, il est nécessaire de se rendre compte si les personnes ayant bénéficié de cet enseignement sont aptes à travailler au sein d'une même équipe, une fois achevé le cours international de formation technique. On remarquera d'autre part que l'expression « bourses d'études » englobe plusieurs types de formation professionnelle et qu'il est nécessaire d'adopter une terminologie uniforme pour différencier les diverses activités visées sous ce titre : études, individuelles ou de groupe, destinées à donner une formation de base, soit à des non-diplômés, soit à des diplômés, voyages d'étude de courte durée ou participation à des conférences, des colloques ou des symposiums.

Des collections des *Abstract Archives of Alcohol Literature* de l'Université de Yale, lesquelles consistent en des résumés analytiques imprimés sur fiches codées et perforées et traitant de l'alcoolisme sous tous ses aspects, ont été commandées à l'intention de l'Allemagne, de la Belgique, du Danemark, de la Finlande, de la France, de l'Irlande, de la Norvège, de la Suède, de la Suisse et de la Yougoslavie, qui en avaient fait la demande à l'Organisation.

Programme d'assistance technique

En Europe, l'envergure des programmes financés avec les fonds de l'assistance technique est naturellement moins considérable que dans d'autres Régions ; néanmoins, des programmes de cette catégorie étaient en cours d'exécution, pendant l'année, en Yougoslavie, alors que d'autres étaient entrepris en Autriche, en Espagne, en Finlande, en Grèce et en Turquie. La plupart ont été conçus dans le cadre général d'une campagne de santé publique, une assistance internationale intervenant pour certaines

parties de cette campagne. L'Europe offre un terrain particulièrement favorable à l'intégration d'activités de cette nature non seulement dans les programmes sanitaires nationaux, mais aussi dans les projets d'assistance internationale mis en œuvre par l'OIT, la FAO et d'autres institutions.

De même que les programmes prévus au budget ordinaire, ceux de l'assistance technique en Europe ont été orientés vers la formation d'un personnel sanitaire de toutes catégories, sans cesse plus nombreux et mieux qualifié.

En 1952, on a continué à mettre en œuvre des programmes dans les domaines de la lutte contre les maladies transmissibles, de la santé mentale, de l'administration de la santé publique, de l'hygiène de la maternité et de l'enfance, cependant qu'un fait nouveau marquait l'action accomplie au cours de l'année, à savoir le développement de la médecine du travail, qui est indispensable en raison des progrès de l'industrialisation dans de nombreux pays européens. En matière d'assainissement, les travaux ont compris des études préliminaires sur un certain nombre de sujets dont l'intérêt est apparu lors des réunions annuelles d'ingénieurs sanitaires — par exemple, l'établissement d'un glossaire de termes agréés et des recherches sur les normes de pureté de l'eau. On a également préparé un symposium sur la lutte contre les insectes et des cours de formation technique spéciale dans des domaines tels que la lutte contre les insectes, l'hygiène des denrées alimentaires et les services de distribution d'eau. Dans le domaine des soins infirmiers, les activités ont eu un caractère trop sporadique ; on espère y remédier grâce à la nomination, en 1953, d'un fonctionnaire spécialisé ; néanmoins, les travaux préparatoires en vue d'une deuxième conférence d'infirmières européennes, qui doit se tenir en 1953, ont notablement avancé et on a pu enregistrer une certaine amélioration dans les ressources utilisables pour la formation professionnelle des infirmières, soit en groupe, soit par le moyen de bourses individuelles. L'éducation sanitaire de la population fait aujourd'hui partie intégrante de nombreux programmes d'assistance technique et la première conférence d'éducateurs sanitaires européens a été préparée au cours de l'année par un expert-conseil specialement engagé à cette fin.

Jusqu'ici, l'organisation des bibliothèques médicales n'a pas reçu la place qui devrait lui revenir dans les programmes d'assistance aux établissements nationaux d'enseignement. De grands efforts ont été faits en 1952 pour remédier à cette situation, notamment en ce qui concerne les pays qui avaient demandé à bénéficier de ce service dans le cadre du programme d'assistance technique. De petites bibliothèques ont été organisées, quand il y avait lieu, lors des cours de formation collective et des colloques ; elles ont été très appréciées par les participants.

Activités entreprises par les gouvernements avec l'aide de l'OMS

Les activités qui ont été ou doivent être financées au moyen des fonds de l'assistance technique sont marquées d'un astérisque.

La présente partie du rapport traite uniquement des activités entreprises à l'intérieur des divers pays ; pour ce qui est de la participation des gouvernements aux programmes inter-pays, elle a déjà été indiquée au Tableau I et ne sera donc pas nécessairement mentionnée ici ; le nombre des bourses d'études attribuées est donné à l'annexe 16.

Des informations ont été fournies dans le Rapport annuel de 1951 sur les avis techniques donnés par l'OMS en Bulgarie, en Pologne et en Tchécoslovaquie, au sujet des programmes de fournitures du FISE. Bien que le Bureau régional continue à formuler des avis sur ceux de ces programmes qui n'ont pas encore été achevés, le fonctionnaire de liaison de l'OMS affecté au Siège européen du FISE n'a pas visité les pays en question depuis la fin de 1950. On ne trouvera donc pas ici d'informations particulières concernant le développement des programmes de fournitures du FISE dans ces pays en 1952.

Autriche

Un plan d'opérations a été signé durant l'année pour un vaste programme d'aide* de l'OMS à l'Autriche pour l'action antituberculeuse, la lutte contre les maladies vénériennes, la production de sérums et de vaccins, l'assainissement et la fabrication de pénicilline. Le plan prévoit, en outre, la création d'une nouvelle école de santé publique (Sozial-Medizinische Akademie) à Vienne, ainsi qu'une aide aux facultés de médecine de Vienne, de Gratz, et d'Innsbruck, en ce qui concerne notamment la bibliothéconomie médicale. L'OMS a participé, conjointement avec le FISE, à l'élaboration de certaines parties de ces programmes. Le FISE a continué ses envois de streptomycine pour le traitement de la tuberculose miliaire et de la méningite tuberculeuse, et l'OMS a envoyé un expert-conseil chargé de collaborer à l'organisation de la production de sérums et de vaccins, en vue de laquelle du matériel sera fourni par le FISE.

Le Gouvernement a accueilli un colloque européen sur les zoonoses. Dix-huit pays de la Région y ont été représentés par des médecins et des vétérinaires de leurs services de santé, et des spécialistes éminents ont fait des démonstrations concernant le diagnostic biologique de la brucellose, de la leptospirose, de la fièvre Q, de la rage, de la tuberculose bovine, et la production de substances biologiques nécessaires pour combattre ces maladies. Les procès-verbaux du colloque comprendront un bref exposé de la situation en Europe au regard de ces cinq affections communes à l'homme et aux animaux.

Un expert-conseil de l'OMS s'est rendu en Autriche afin de discuter l'extension ultérieure du programme concernant les enfants physiquement diminués, pour lequel des fournitures ont été envoyées par le FISE durant l'année. On se propose de créer un nouveau centre autonome pour ces enfants, avec l'aide du FISE et de l'OMS, qui enverra des experts et accordera des bourses d'études en application de son programme ordinaire. On envisage, de même, une extension du programme général de protection maternelle et infantile, et un physiothérapeute a été envoyé par l'OMS en Autriche durant l'automne pour donner des avis sur les exercices physiques qui permettent de faciliter l'accouchement.*

A la suite des recommandations formulées par l'équipe OMS/FAO de spécialistes de la nutrition, qui avait visité l'Autriche en 1951, des enquêtes de diététique ont été effectuées et le Gouvernement a chargé un groupe de spécialistes d'assurer la liaison avec les institutions internationales pour les problèmes de la nutrition. La création d'un institut central de la nutrition a également été envisagée.

Un électroencéphalographe a été fourni par le FISE au centre de prévention de l'épilepsie chez les adolescents, créé à Vienne, et un expert-conseil de l'OMS a prêté son concours pour l'utilisation de cet appareil. Un membre du personnel de ce centre a terminé, durant l'année, ses études de perfectionnement, entreprises avec l'aide d'une bourse de l'OMS.

La création, à Vienne, d'une école de santé publique est encore à l'état de projet mais un expert de l'OMS en bibliothéconomie médicale a aidé à organiser la bibliothèque de base de cette école et à renforcer la bibliothèque de l'Association des Médecins (Gesellschaft der Aerzte) ainsi que celle de l'Institut de neurologie d'Oberstein (Verein für Psychiatrie und Neurologie) qui sont, l'une et l'autre, des centres importants de documentation pour toute l'Autriche.*

Des bourses individuelles d'études ont été attribuées pour des études dans les domaines suivants : santé publique, tuberculose, action antivénérienne, assainissement, protection maternelle et infantile.

Belgique

La Belgique était représentée à la deuxième réunion de la Commission internationale antivénérienne du Rhin qui s'est tenue à Strasbourg ; cette commission a été invitée à tenir en Belgique sa troisième réunion.

Des bourses individuelles d'études ont été attribuées à la Belgique durant l'année, en application du programme ordinaire. La participation belge aux programmes inter-pays est indiquée au Tableau I.

Danemark

Une enquête sur la morbidité de la population adulte dans l'ensemble du pays a été organisée en 1951 par le Service national de la Santé, qui voulait obtenir des informations détaillées sur la nature et la durée des maladies non soumises à la déclaration obligatoire, ainsi que sur le nombre des malades hospitalisés. Les rapports entre la morbidité et les conditions sociales constituent l'un des éléments importants de cette étude, entreprise avec l'appui de la Fondation Rockefeller. Les aspects internationaux de cette enquête intéressent l'OMS, qui y a collaboré de diverses façons durant l'année, notamment par l'envoi d'un des experts qui avaient participé aux enquêtes sur la morbidité en Angleterre et par l'attribution de deux bourses d'études à des candidats danois, afin de permettre à ceux-ci de se familiariser avec les recherches analogues poursuivies dans d'autres pays.

Le Danemark a continué à s'intéresser durant l'année à l'étude des problèmes médico-sociaux se rapportant à l'alcoolisme. Un candidat danois a bénéficié d'une bourse individuelle pour l'étude du traitement des alcooliques.

Le Centre d'anesthésiologie de Copenhague est entré dans sa troisième année d'activité. Le troisième cours fondamental, qui a débuté le 2 juin 1952, a été précédé d'un cours de brève durée sur l'organisation des services d'anesthésiologie. Ce centre a non seulement exercé une influence stimulante sur les services sanitaires nationaux, mais il a également stimulé l'intérêt manifesté à l'égard des méthodes modernes d'anesthésiologie dans de nombreux pays où celles-ci, pour une raison ou une autre, ne s'étaient pas encore développées. Ce troisième cours a été caractérisé par le rôle croissant des instructeurs danois dans l'enseignement qui est donné avec l'aide de chargés de cours et d'instructeurs internationaux envoyés par l'OMS ; ces derniers ont été engagés pour des périodes plus brèves que lors du premier et du deuxième cours.

Le comité préparatoire, créé pour préparer des cours de formation en matière de santé publique dans les pays scandinaves, a tenu sa première réunion à Copenhague. L'OMS et la Fondation Rockefeller ont participé aux travaux de ce comité intergouvernemental qui, lors d'une session tenue ultérieurement à Göteborg, a définitivement mis au point les plans du premier cours de formation prévu pour 1953. Le Danemark s'est également offert pour faciliter l'organisation, sur son territoire, de la partie de ce

cours qui vise la réadaptation des adultes physiquement diminués.

Le Danemark a collaboré aux programmes inter-pays résumés dans le Tableau I, et des bourses individuelles d'études ont été attribuées à ce pays (protection maternelle et infantile, enseignement médical, chirurgie et pharmacologie) ; il convient d'y ajouter la bourse d'études sur l'alcoolisme qui a été mentionnée plus haut.

Finlande

La Finlande a signé, durant l'année, un plan d'opérations pour un vaste programme * portant sur de nombreux aspects de la lutte contre les maladies transmissibles, de la santé publique, des soins infirmiers, de l'assainissement, de l'hygiène sociale et de la médecine du travail, de la protection maternelle et infantile, de la santé mentale, de l'enseignement et de la formation professionnelle. Quinze bourses ont été attribuées pour des études sur les maladies transmissibles, la santé publique, les soins infirmiers, l'hygiène sociale et la médecine du travail.

Le District de Pori a été choisi pour une étude épidémiologique et statistique très poussée, englobant l'ensemble de la population et se rattachant à la lutte contre la tuberculose. A cette occasion, un épidémiologiste et un statisticien se sont rendus en Finlande.*

Une analyse statistique a été entreprise sur les résultats du programme de lutte contre la syphilis congénitale, exécuté conjointement par l'OMS et le FISE en 1950 et 1951 ; l'expert chargé de ce travail a pu prêter également son concours pour la réorganisation des services généraux de statistique démographique et sanitaire, y compris la création de cours nationaux de formation professionnelle dans ce domaine.

A l'occasion de la visite qu'il a effectuée en Finlande, un expert-conseil de l'OMS a collaboré à l'établissement d'un programme élargi d'éducation sanitaire de la population.*

Le matériel fourni par le FISE pour le renforcement des établissements s'occupant des enfants physiquement diminués est arrivé vers la fin de l'année, et le Gouvernement finlandais procède actuellement à la construction d'un nouveau gymnase où une partie de ce matériel sera utilisée. Cette aide a été complétée par l'envoi d'un expert-conseil de l'OMS.

Le programme de contrôle du lait, entrepris avec l'aide de l'OMS et du FISE, a progressé durant l'année grâce à la création d'installations pour la pasteurisation et la mise en bouteille. La qualité et la pureté du lait font actuellement l'objet d'une surveillance dans tout le pays ; un programme intensif de propagande a été entrepris en faveur de l'emploi de lait de bonne qualité, et à cette occasion, des cours spéciaux ont été organisés pour les infirmières de santé publique. Ces mesures ont amené, dans tout le pays, une régression de la mortalité due à la diarrhée et à l'entérite infantiles. Les recherches se poursuivent, dans les dispensaires pour enfants d'Helsinki, sur les rapports existant entre la qualité du lait et la diarrhée infantile. Une bourse d'études sur la nutrition de l'enfance et cinq autres bourses en vue d'études portant sur d'autres aspects de l'hygiène de l'enfance ont été accordées durant l'année.*

Deux bourses ont été attribuées à un médecin et à une infirmière pour des études sur l'organisation des services d'hygiène mentale pour les travailleurs de l'industrie.* Des plans ont été élaborés afin de permettre à l'OMS d'utiliser les excellentes possibilités qui existent à l'Institut d'Hygiène industrielle d'Helsinki pour la formation d'étudiants venant d'autres pays, et un expert-conseil a donné des avis sur les aspects généraux de l'hygiène industrielle, y compris l'inspection médicale des usines et fabriques.*

La Finlande a facilité l'organisation, sur son territoire, d'une partie du cours de réadaptation des adultes physiquement diminués dont il est fait mention au Tableau I.

Un expert s'est rendu en Finlande, principalement afin de donner des avis sur l'organisation, dans ce pays, de cours de formation professionnelle en matière d'assainissement,* que l'on se propose de rattacher aux cours scandinaves de santé publique dont il est question au Tableau I. Une nouvelle visite de cet expert est prévue pour 1953. Deux bourses individuelles ont été attribuées à un médecin du service de la santé et à un ingénieur en vue d'études dans le domaine de l'assainissement, afin de leur permettre de participer ultérieurement à l'enseignement donné dans leur pays sur les questions de cet ordre.

Une aide a été accordée pour l'exécution d'un projet prévoyant la fusion de deux grandes et de plusieurs petites bibliothèques et la constitution d'une bibliothèque centrale d'enseignement médical, qui sera installée dans le voisinage de l'Hôpital Meilahti et de l'Institut d'Hygiène industrielle ; deux stagiaires ont été désignés pour se perfectionner à l'étranger.* Un accord a été conclu également en vue de l'amélioration des ressources de la bibliothèque de l'Ecole de Médecine de Turku et de celle de l'Institut d'Hygiène industrielle, cette amélioration étant jugée indispensable pour le développement des établissements nationaux de formation technique.

La Finlande a participé aux programmes inter-pays, comme il est indiqué au Tableau I.

France

Une conférence sur l'enseignement universitaire de la médecine préventive s'est tenue à Nancy au mois de décembre, avec la participation de profes-

seurs d'hygiène (santé publique, médecine préventive et médecine sociale) de différents pays européens. Les directeurs des débats, choisis parmi ces spécialistes, ont ouvert la discussion sur la formation professionnelle et son programme, les méthodes et les techniques de l'enseignement, et la collaboration au sein des facultés de médecine, ainsi qu'entre celles-ci et d'autres institutions. Cette conférence constitue la première d'une série de réunions régulières au cours desquelles des professeurs d'hygiène et des directeurs d'écoles de santé publique de pays d'Europe examineront les méthodes de formation professionnelle à la lumière des besoins actuels. Une seconde conférence, consacrée à l'enseignement postuniversitaire, a été prévue pour le mois d'avril 1953 à Göteborg (Suède).

Les travaux ont continué, durant l'année, dans la zone de démonstration et de formation professionnelle en hygiène rurale établie dans la région de Soissons, dont il a été question dans de précédents rapports annuels. Etant donné l'intérêt que des études de ce genre dans des régions rurales présentent au point de vue de l'action sanitaire internationale, l'OMS a fourni, pour ces travaux, les services d'un statisticien.

Le fonctionnaire régional de la santé spécialisé dans la protection maternelle et infantile a accompagné l'expert français chargé d'étudier le programme de soins aux enfants prématurés, élaboré sur l'initiative commune de l'OMS et du FISE. Grâce à l'arrivée des fournitures, il a été possible de développer les services en question et une aide financière supplémentaire a été offerte à cette fin par les administrations hospitalières. Le programme de soins aux prématurés a encouragé la création, dans l'ensemble du pays, d'un réseau de services appropriés et a permis, d'autre part, d'intensifier la formation du personnel et d'entreprendre les études scientifiques qui se poursuivent actuellement dans certains des principaux centres. Trois bourses ont été attribuées pour des études sur la prématurité dans les pays européens et deux autres bourses pour des études de caractère plus général sur la protection maternelle et infantile.

Le retour de boursiers, après l'achèvement de leurs études à l'étranger, a marqué une nouvelle étape au point de vue de l'organisation, en France, de services de guidance infantile.

Le Directeur régional adjoint s'est rendu en Algérie pour y discuter le programme général et un expert-conseil de l'OMS a collaboré avec des spécialistes algériens à l'élaboration d'un programme élargi de lutte contre le trachome.

Un centre de formation supérieure en anesthésiologie a été inauguré en novembre à l'Université de Paris. En envoyant un conseiller technique, l'OMS a contribué au développement de ce centre qui offrira par la suite, en Europe, de nouvelles possibilités de formation internationale dans ce domaine. Une bourse d'études a été attribuée à un membre du corps enseignant du centre.

Des fonctionnaires supérieurs de la santé appartenant à dix-neuf pays européens ont formé un groupe d'étude sur l'administration de la santé publique. Ce groupe a visité diverses régions du pays en vue d'y déterminer la nature des problèmes de santé et les types de services sanitaires. Cette étude s'inscrit dans le cadre d'un programme à long terme dont il a été question pour la première fois dans le Rapport annuel de 1951.

La Commission internationale antivénérienne du Rhin, lors de sa deuxième réunion à Strasbourg, s'est fixé de nouvelles tâches pour la lutte contre les maladies vénériennes dans la région rhénane. La composition de cette commission est indiquée au Tableau I.

L'étude des besoins médico-sociaux des familles a progressé durant l'année grâce au concours accordé depuis 1951 par la France et le Royaume-Uni ; la partie principale de l'étude entreprise du côté français a été terminée au cours de l'année.

Grâce à un contact étroit entre l'OMS et le Centre international de l'Enfance, la coordination des travaux a pu être assurée, notamment dans le domaine de la formation professionnelle. L'OMS a attribué vingt-trois bourses d'études pour la participation à des colloques et à des cours de formation professionnelle organisés par le centre qui, sur la demande de l'OMS, a créé également un cours spécial de soins aux prématurés. Ce cours a été suivi par des médecins et des infirmières, dont dix-huit venaient d'Italie et quatre de Yougoslavie.

La France a participé aux programmes inter-pays mentionnés au Tableau I. En outre, des bourses individuelles ont été attribuées en vue d'études sur les statistiques médicales, la transfusion sanguine, les services médico-sociaux, la réadaptation, le cancer, la tuberculose, la protection maternelle et infantile (déjà mentionnée plus haut), l'épidémiologie, l'assainissement et la santé mentale.

République fédérale d'Allemagne

Un expert-conseil de l'OMS s'est rendu en Allemagne afin de discuter avec les groupes professionnels intéressés l'organisation de la conférence européenne des éducateurs sanitaires, prévue pour 1953. Une visite analogue a été faite par un expert-conseil de l'OMS (soins infirmiers) chargé de collaborer à la préparation d'une conférence régionale des infirmières de la santé publique et des infirmières des hôpitaux.

Le matériel fourni par le FISE a été distribué aux six établissements de traitement des enfants physiquement diminués et un expert-conseil a examiné avec les autorités l'organisation éventuelle d'un cours de formation professionnelle dans ce domaine, pour compléter celui qui avait été donné en 1951

sous les auspices de l'OMS et des Nations Unies, y compris le FISE.

Lors de la conférence européenne des ingénieurs sanitaires tenue en 1952, un représentant de l'Allemagne a été chargé de diriger les débats de l'un des groupes de discussion et une bourse individuelle a été attribuée à ce pays en vue d'études portant sur l'assainissement.

On trouvera au Tableau I des informations concernant la participation de la République fédérale d'Allemagne aux programmes inter-pays. En outre, onze bourses ont été attribuées à ce pays pour des études sur l'administration de la santé publique, l'anesthésiologie, la protection maternelle et infantile, les maladies vénériennes, la santé mentale, les maladies à virus, et enfin sur le problème de l'assainissement, dont il a été fait mention plus haut.

Grèce

Au cours de l'année, il a été établi, de concert avec la Grèce, un plan d'opérations relatif à la participation de ce pays au programme élargi d'assistance technique. L'effort porte principalement sur la lutte antituberculeuse et, dans une certaine mesure, sur la lutte contre les autres maladies transmissibles, ainsi que sur les établissements nationaux de formation professionnelle.

Les deux premiers membres de l'équipe de l'OMS chargée de la lutte antituberculeuse sont entrés en fonctions, et pendant les derniers mois de l'année, l'exécution de ce programme, qui comprend la création de zones régionales, a fait certains progrès.* Il a été attribué deux bourses permettant de suivre l'enseignement du centre antituberculeux de démonstration et de formation professionnelle, institué antérieurement à Istamboul avec le concours de l'OMS.

Un expert-conseil en microbiologie s'est rendu en Grèce afin de donner des avis sur les laboratoires de santé publique, et sept bourses ont été accordées pour des études sur l'assainissement dans les ports, la lutte contre le trachome, les services de laboratoire, les soins infirmiers, les questions de quarantaine et la bactériologie.*

Un fonctionnaire régional de la santé a examiné avec le Gouvernement les problèmes d'ordre général qui se posent à propos de l'Ecole d'Hygiène d'Athènes et, à la suite de cette discussion, un expert-conseil spécialisé en bibliothéconomie médicale, a aidé à choisir un stagiaire pour l'importante bibliothèque de cette école.* En prévision du renforcement des établissements nationaux de formation professionnelle, le choix de nouveaux candidats destinés à recevoir une formation professionnelle en bibliothéconomie médicale a également été envisagé.

Le programme relatif aux enfants physiquement diminués a été quelque peu élargi pendant l'année et le premier expert fourni par l'OMS est entré en fonctions. A la fin de l'année, trois boursiers ont commencé leurs études à l'étranger et, à leur retour, des fournitures seront envoyées en Grèce par le FISE. L'Organisation des Nations Unies et l'OIT ont également participé à la réalisation de ce programme.

On a développé dans une mesure analogue les programmes de protection maternelle et infantile, qui comprennent la création de services mobiles destinés aux régions rurales * et qui seront rattachés aux centres sanitaires permanents de Thessalie. Un expert-conseil de l'OMS en pédiatrie sociale s'est rendu dans le pays à la fin de l'année.

Islande

L'Islande a participé aux programmes inter-pays énumérés au Tableau I et elle a été représentée au comité intergouvernemental chargé d'établir le programme des cours scandinaves d'hygiène publique. En outre, deux bourses individuelles ont été accordées pour des études dans les domaines de la santé mentale et des soins infirmiers.

Irlande

Les programmes inter-pays auxquels l'Irlande a participé sont indiqués au Tableau I. Six bourses ont été accordées à l'Irlande en 1952 pour des études sur l'administration de la santé publique, la tuberculose, la santé mentale et les soins infirmiers.

Italie

Pendant l'année s'est poursuivie sous les auspices du Gouvernement l'exécution du programme de lutte contre la syphilis et la méningite tuberculeuse, patronné à l'origine par l'OMS et le FISE.

Un expert-conseil s'est rendu dans le pays afin de suivre le déroulement du programme d'assistance aux enfants physiquement diminués pour lequel l'OMS avait prêté son concours en 1951. Les centres destinés à recevoir les fournitures du FISE ont été désignés et des dispositions ont été prises pour que les centres choisis puissent continuer à former du personnel.

La mise en œuvre du plan national de soins aux enfants prématurés a progressé de façon satisfaisante pendant l'année. Le FISE a envoyé des fournitures et du matériel à sept centres situés à Gênes, à Milan, à Florence, à Rome et à Naples, et l'on se propose de créer ultérieurement quatorze nouveaux centres. Une équipe mixte, composée de dix-huit médecins et infirmières, a suivi un cours de spécialisation à l'Ecole de puériculture de Paris (Tableau I).

L'Italie a envisagé la possibilité d'accueillir à Milan, en 1953, un colloque sur la médecine du travail. En outre, des dispositions préliminaires ont été prises pour permettre l'utilisation des ressources offertes par les établissements scientifiques en vue d'études sur la lutte contre les insectes.

Une école nouvelle de santé publique, au développement de laquelle contribuera l'OMS, a été créée à Rome. On se propose d'accorder ultérieurement des bourses d'études aux membres du personnel enseignant et d'envoyer des conférenciers. L'OMS a déjà fourni à l'école, pendant l'année, du matériel d'enseignement et de la documentation médicale.

Les programmes inter-pays auxquels a participé l'Italie sont indiqués au Tableau I. Des bourses individuelles ont été accordées pour des études sur l'administration de la santé publique et les soins infirmiers.

Luxembourg

Le Luxembourg a pris part à l'étude de certains aspects de l'administration de la santé publique en Europe, organisée à l'intention des fonctionnaires supérieurs des services de santé publique (Tableau I).

Monaco

Monaco a participé au cours collectif de formation professionnelle en matière de médecine du travail qui a eu lieu à Birmingham et à Manchester (Tableau I).

Maroc (Protectorat français)

Après l'admission du Maroc (Protectorat français) en qualité de Membre associé de l'Organisation, des discussions ont eu lieu avec les autorités gouvernementales au sujet des programmes à adopter. Les plans arrêtés comprenaient le développement de la lutte contre la trachome * avec l'aide conjointe de l'OMS et du FISE. Le FISE a déjà prévu les crédits nécessaires pour des envois de fournitures.

Le Protectorat français du Maroc a participé au cours de formation professionnelle pour la lutte antipaludique organisé à Lisbonne, ainsi qu'au colloque sur les zoonoses qui a eu lieu à Vienne (Tableau I).

Pays-Bas

Inauguré officiellement en décembre 1951, le centre de démonstration et de formation professionnelle du port de Rotterdam a consacré une année à la préparation intensive de cours internationaux de formation pour la lutte antivénérienne chez les gens de mer. Ces cours auront lieu en 1953 et 1954. Des experts des pays maritimes du monde entier en ont jeté les premières bases, en collaboration avec cinq groupes d'étude composés d'experts nationaux. L'enseignement portera sur tous les aspects du traitement, sur les recherches de laboratoire, le dépistage des contacts et l'éducation sanitaire nécessaire pour combattre les maladies vénériennes chez les gens de mer. Des bourses d'études sont actuellement offertes aux pays maritimes de toutes les Régions de l'OMS, afin de leur permettre d'envoyer des participants à ces cours.

Un fonctionnaire régional de la santé s'est rendu aux Pays-Bas pour mettre au point, de concert avec l'Institut de Médecine préventive de Leyde, un programme coordonné visant l'organisation d'un cours international de formation professionnelle en matière de santé publique.

La conférence des infirmières de santé publique, tenue à Noordwijk en 1950, a eu notamment pour résultat, l'organisation, en 1952, d'une conférence nationale sur l'éducation sanitaire. Des membres du personnel du Siège et du Bureau régional ont prêté leur concours et l'OMS a également fourni une aide pour l'organisation d'une bibliothèque de référence à l'usage des participants.

L'Université de Groningue a donné de nouveau, mais sous une forme plus condensée, le cours de formation professionnelle sur la chirurgie thoracique auquel l'OMS avait collaboré en 1951. Certains des participants ont pu suivre le cours de cette année grâce à des bourses d'études de l'OMS.

Le premier colloque sur la médecine du travail, patronné par l'OMS, a été organisé à Leyde en 1952, avec la collaboration de l'OIT. Les pays participants ont envoyé des groupes comprenant jusqu'à six spécialistes des divers aspects de la question. Etant donné la grande diversité des sujets, le colloque a été divisé en deux parties. A Leyde, il s'est déroulé en anglais, mais on envisage de l'organiser de nouveau en 1953, probablement à Milan, pour les participants de langue française.

Le Tableau I indique la participation des Pays-Bas aux programmes inter-pays. Des bourses individuelles ont été attribuées pour des études sur la tuberculose, l'assurance-maladie, le goître endémique, l'organisation hospitalière, la protection maternelle et infantile, la santé mentale, les soins infirmiers, l'administration de la santé publique, la nutrition et les maladies transmissibles.

Norvège

Des fonctionnaires supérieurs de la santé publique, venant de dix-huit pays d'Europe, se sont rendus en Norvège pour étudier l'administration de la santé publique dans ce pays. A la suite d'un échange de vues préliminaire sur la structure et les fonctions de la Direction de la Santé publique, les participants se sont divisés en groupes pour visiter les zones représentatives du pays et étudier leurs problèmes d'hygiène, ainsi que les services sanitaires créés pour résoudre ces problèmes. Ils se sont ensuite réunis à nouveau pour une discussion finale. Ce groupe d'étude, qui en est maintenant à sa deuxième année de travail, a visité la Suède, l'Ecosse, la Belgique, la Norvège et la France, dans l'ordre où ces pays sont énumérés. Son objet, en définitive, est d'encourager, entre les fonctionnaires supérieurs de la santé publique, un échange d'expérience et d'idées sur les problèmes et les pratiques sanitaires en Europe. La prochaine réunion est prévue pour 1954.

Antérieurement, au cours de l'année, la Norvège a accueilli un colloque sur la psychiatrie infantile au cours duquel des experts internationaux ont donné, pendant deux semaines, à l'intention d'équipes de participants venant de tous les pays scandinaves, des conférences suivies de discussions. Le Gouvernement a organisé, quelque temps après, un colloque national sur le même modèle.

Dans le cadre du programme de développement des établissements nationaux de formation professionnelle, des dispositions ont été prises, au cours de la visite d'un expert-conseil en bibliothéconomie médicale, pour la répartition de la documentation médicale fournie par l'OMS. La majeure partie de cette documentation sera attribuée à deux importants hôpitaux d'enseignement d'Oslo. Les bibliothécaires norvégiens ayant manifesté le désir de voir adopter un système uniforme de classification médicale, un expert de l'OMS a fait une conférence sur la question au cours d'une réunion de l'Association norvégienne des bibliothèques.

La Norvège a participé aux programmes inter-pays indiqués au Tableau I et s'est vu attribuer, en outre, des bourses individuelles pour des études sur les sujets suivants : gériatrie, administration hospitalière, administration de la santé publique, tuberculose et soins infirmiers.

Portugal

Le Gouvernement a de nouveau offert d'accorder toutes facilités pour l'organisation, pendant l'été, d'un cours de formation professionnelle en vue de la lutte antipaludique, sur le modèle de celui qui est décrit dans le Rapport annuel de 1951. Onze boursiers de l'OMS, comprenant des participants de territoires de l'Afrique du Nord, ont assisté à ce cours.

Un expert-conseil de l'OMS s'est rendu au Portugal pour étudier, avec le Gouvernement et les groupements professionnels intéressés, les modalités d'une conférence régionale sur les soins infirmiers prévue pour 1953.

Le Portugal a participé aux programmes inter-pays indiqués au Tableau I et a bénéficié de bourses individuelles en vue d'études sur la bactériologie, la brucellose, la lutte antivénérienne, la nutrition et l'administration de la santé publique.

Espagne

Le programme d'assistance technique à l'Espagne a porté essentiellement, au début, sur la lutte contre les zoonoses, notamment la fièvre Q, la brucellose et la rage. Deux experts-conseils à court terme pour les zoonoses se sont rendus dans le pays * et deux bourses d'études ont été accordées, dont l'une en vue d'une participation à la conférence d'étude sur la rage, organisée sous les auspices de l'OMS à l'Institut Pasteur de Coonoor (Inde). Du matériel et des fournitures ont été envoyés pour l'exécution de ce programme.

Des experts-conseils spécialistes des soins infirmiers et de l'éducation sanitaire de la population se sont rendus en Espagne pendant l'année pour discuter les dispositions à prendre en vue des conférences régionales portant sur ces questions, que l'on envisage de réunir en 1953.

La participation de l'Espagne aux programmes inter-pays est indiquée au Tableau I.

Suède

Un comité intergouvernemental s'est réuni à Copenhague et à Göteborg pour décider sur quels aspects de la santé publique il conviendrait de mettre l'accent dans le programme de formation professionnelle destiné aux pays scandinaves. Le premier cours, qui aura lieu à Göteborg en juillet et août 1953, s'adressera à environ vingt boursiers scandinaves et portera essentiellement sur l'épidémiologie, la statistique et l'assainissement. Un expert-conseil en bibliothéconomie médicale s'est rendu à Göteborg pour donner des avis sur la documentation médicale spéciale à fournir aux participants. Ce service sera assuré par la bibliothèque de l'école de médecine.

La Suède a offert les ressources de ses institutions pour l'organisation d'un cours de formation professionnelle dans le domaine de la réadaptation des adultes physiquement diminués. Ce cours, patronné par l'Organisation des Nations Unies, avec la collaboration de l'OMS et de l'OIT, a eu lieu consécutivement en Suède, en Finlande, au Danemark, et a été suivi par des équipes venant d'autres pays et comprenant des boursiers des organisations participantes.

La Suède a pris part aux programmes inter-pays indiqués au Tableau I et a reçu neuf bourses individuelles en vue d'études sur la santé mentale, les soins infirmiers, l'administration de la santé publique, la lutte antivénérienne, la physiothérapie, l'hygiène sociale et la médecine du travail.

Suisse

Un expert-conseil de l'OMS a discuté avec les autorités gouvernementales la question de la conférence régionale sur les soins infirmiers qui doit avoir lieu en 1953 et la possibilité de réunir cette conférence en Suisse.

On trouvera au Tableau I des détails sur la participation de la Suisse aux programmes inter-pays. En outre, des bourses individuelles ont été attribuées à la Suisse en vue d'études sur la chirurgie et la tuberculose.

Trieste (Zone A)

A la demande des autorités et après avoir consulté l'Organisation des Nations Unies, l'OMS a approuvé un programme de bourses d'études en faveur de Trieste.* Pendant l'année, il a été attribué sept bourses individuelles en vue d'études sur les sujets

suivants : protection maternelle et infantile, nutrition, santé mentale, cardiologie, cancer et anesthésiologie.

Un expert de l'OMS est retourné à Trieste (Zone A) pour s'occuper du problème de la tuberculose parmi les réfugiés, déjà signalé dans le Rapport annuel de 1951. Il a constaté qu'il avait été possible de mettre à effet la plupart des recommandations antérieures et que, si la tuberculose demeurait l'un des principaux problèmes de santé publique, la situation s'était sensiblement améliorée.

Tunisie

Après l'admission de la Tunisie en qualité de Membre associé de l'Organisation, des discussions ont eu lieu avec les autorités gouvernementales au sujet d'une assistance éventuelle de l'OMS sous la forme d'un programme général de santé publique.* Dans ce programme, une place spéciale sera réservée à la lutte contre la tuberculose et le trachome, à l'éducation sanitaire, à la protection maternelle et infantile et à l'assainissement. Un expert-conseil de l'OMS a participé à la mise au point du programme de lutte contre le trachome et le FISE a prévu des crédits pour l'envoi de fournitures et de matériel.

Trois bourses individuelles ont été attribuées pour des études sur l'administration de la santé publique et la tuberculose ; en outre, la Tunisie a participé au cours de formation professionnelle pour la lutte contre le paludisme, qui a eu lieu à Lisbonne (Tableau I).

Turquie

A la suite de la décision rattachant provisoirement la Turquie à la Région européenne (voir page 106), le Directeur régional et un représentant du Bureau régional de la Méditerranée orientale se sont rendus en Turquie pour prendre les dispositions nécessaires en vue du transfert des services de l'OMS.

L'aide accordée par l'OMS pour la création, à Istamboul, d'un centre de démonstration et de formation professionnelle en vue de la lutte antituberculeuse a pris fin pendant l'année. Ce centre, où les méthodes modernes de lutte antituberculeuse ont fait l'objet de démonstrations, a servi de centre régional de formation professionnelle pour la Méditerranée orientale et a fait bénéficier de son enseignement 650 médecins et 520 infirmières et élèves-infirmières. Il a été effectué 90.000 examens radiologiques et des démonstrations ont eu lieu sur le dépistage des cas, les examens de laboratoire en vue de l'établissement du diagnostic, le fonctionnement d'un service de vaccination, la prophylaxie, le traitement des enfants et l'éducation sanitaire de la population.

L'Ecole d'Hygiène d'Ankara n'a pas été disponible, ces temps derniers, pour l'enseignement de l'hygiène publique. On envisage maintenant de l'utiliser de nouveau à cette fin et un fonctionnaire régional de la santé s'est rendu en Turquie pour examiner une demande d'assistance présentée à ce sujet.*

Des experts-conseils à court terme, spécialistes de l'administration de la santé publique et du génie sanitaire, ont été affectés pendant l'année à Ankara en qualité de conseillers du Gouvernement.*

Un expert-conseil de l'OMS a aidé le Gouvernement à organiser une campagne de lutte antivénérienne pour laquelle l'OMS a été priée de prêter son concours pendant deux ans.*

La campagne de vaccination par le BCG, décrite dans le Rapport annuel de 1951, a commencé au cours de l'année, dès l'arrivée des premiers membres de l'équipe de l'OMS. L'équipe collaborera avec les experts du pays à l'exécution d'un vaste programme de vaccination.*

Deux conseillers ont été désignés pour aider à la création d'une nouvelle école d'infirmières.*

Des fournitures ont été demandées pour un centre urbain de démonstration et de formation professionnelle en matière de protection maternelle et infantile. Une équipe de l'OMS sera envoyée dans le pays en 1953 pour collaborer à la réalisation de ce projet.*

Un expert-conseil de l'OMS s'est rendu en Turquie pour aider le Ministère de la Santé et le Ministère du Travail à mettre au point un programme national d'hygiène industrielle.

La participation de la Turquie aux programmes inter-pays est indiquée dans le Tableau I. Neuf bourses individuelles ont été attribuées en vue d'études sur l'administration de la santé publique, la tuberculose, la chirurgie, les soins infirmiers et la protection maternelle et infantile.

Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

L'étude sur les besoins médico-sociaux des familles, pour laquelle le Gouvernement a accordé des facilités en 1951, a progressé de façon très satisfaisante pendant l'année. Cette étude, qui se poursuit en coordination avec une étude analogue entreprise en France, sera achevée l'année prochaine.

Les ressources dont dispose le Royaume-Uni dans le domaine de la formation professionnelle ont continué à être mises pleinement à contribution pour des études tant individuelles que collectives. Deux cours organisés par le British Council, sur la médecine du travail et sur le génie sanitaire dans ses rapports avec la santé publique, ont été suivis par des boursiers de l'OMS venant d'un certain nombre de pays d'Europe. D'autre part, le Gouvernement a accueilli la troisième conférence européenne d'ingénieurs sanitaires, tenue à Londres, ainsi que le cours de vacances sur la santé mentale et le développement du jeune enfant, organisé à Chichester par la

Fédération mondiale pour la Santé mentale. Grâce en partie à l'aide de l'OMS, des participants venant d'un grand nombre de pays ont pu assister à cette conférence et à ce cours.

Les programmes inter-pays auxquels a participé le Royaume-Uni sont indiqués dans le Tableau I. Huit bourses individuelles ont été attribuées pour des études sur les sujets suivants : protection maternelle et infantile, formation de personnel infirmier, art dentaire, diabète, endocrinologie et bactériologie.

Yougoslavie

L'assistance prêtée depuis 1951 par l'OMS pour la mise en œuvre d'un programme complet de santé publique en Yougoslavie a cessé à la fin de l'année.* Le Directeur régional s'est rendu dans le pays pour suivre le déroulement de ce programme ; il a approuvé un plan d'opérations qui en prévoit la continuation pendant les deux prochaines années, et qui y introduit en même temps de nouveaux éléments, notamment dans la lutte antituberculeuse et dans les mesures relatives à la santé mentale des travailleurs industriels.

Au cours de l'année 1952, l'OMS et le FISE ont continué à collaborer à l'exécution du programme de lutte contre la syphilis endémique en Bosnie. Cette maladie, des plus résistantes, accuse actuellement une si forte régression qu'elle peut être tenue en échec grâce à de simples mesures d'hygiène publique. Les observations faites et l'expérience acquise au cours de cette campagne sont d'une portée internationale ; le directeur national ainsi que les équipes nationales ont pleinement collaboré à l'action entreprise.

Les maladies transmissibles posent un problème d'importance majeure en Yougoslavie ; aussi l'OMS a-t-elle envoyé à ce pays des experts-conseils et lui a-t-elle attribué un grand nombre de bourses pour des études sur l'épidémiologie, la bactériologie et la lutte contre les maladies à virus.* Une équipe spéciale de trois experts-conseils a organisé un cours d'entretien sur les problèmes courants que pose la lutte contre les maladies transmissibles ; ce cours a été suivi par 150 élèves venant de toutes les parties du pays.*

Un autre expert-conseil a étudié la possibilité de traiter les quelque 60.000 cas de trachome signalés dans le pays et a recommandé d'entreprendre une campagne intensive dans un secteur spécialement choisi à cet effet.* Le FISE envoie des fournitures pour cette campagne.

Un expert-conseil en nutrition, qui s'était déjà rendu en Yougoslavie en 1950 et en 1951, a procédé, sur place et en laboratoire, à une étude sur la pellagre dans une région où le maïs est la base de l'alimentation.* Grâce à la générosité d'une fondation privée, des broyeurs et des vitamines permettant l'enrichissement des farines ont été fournis aux moulins locaux pour les besoins de cette étude à laquelle ont contribué plus de 25 ressortissants yougoslaves.

Les fournitures du FISE ainsi que la venue d'une équipe de trois experts de l'OMS ont permis d'accélérer l'exécution du projet visant à améliorer la production de pénicilline en Yougoslavie. Deux membres du personnel de la fabrique de pénicilline ont entrepris des études avancées à l'Istituto Superiore di Sanità, à Rome. Au début de 1953, l'OMS enverra en Yougoslavie des experts-conseils qui collaboreront pendant plusieurs mois avec les directeurs de la fabrique.*

L'OMS et le FISE ont attribué des bourses pour l'étude de la production de plasma et de gammaglobuline et le FISE a envoyé, à cette fin, des fournitures spéciales.

Les fournitures envoyées par le FISE au titre du programme d'assistance aux enfants physiquement diminués sont arrivées à destination et un expert-conseil de l'OMS a examiné avec le Gouvernement la création d'un centre de réadaptation pour enfants analogue à celui qui a été installé à Belgrade pour les adultes, avec la collaboration de l'Organisation des Nations Unies et de l'OMS.

Etant donné les taux élevés de la mortalité infantile, il a été fait appel à un expert-conseil, qui est venu donner des avis sur les problèmes courants d'alimentation des nourrissons ; * en outre, un cours spécial a été organisé à l'Ecole de Puériculture de Paris en vue de la formation du personnel nécessaire pour deux centres destinés aux enfants prématurés. Le FISE, qui a équipé les deux centres pour prématurés de Belgrade et de Zagreb, a également financé les bourses d'études accordées pour couvrir les frais entraînés par la fréquentation de ce cours. Le Gouvernement a décidé de développer le programme de protection maternelle et infantile en augmentant surtout le nombre des centres de consultations pré- et postnatales et de consultations pour nourrissons, ainsi que le nombre des cours pour la formation d'infirmières et de sages-femmes. Le FISE a été prié de prêter une assistance en envoyant du matériel et des fournitures, et l'OMS, de son côté, fournira les services consultatifs nécessaires.*

Un nouveau programme portant sur la santé mentale des travailleurs industriels a déjà été mentionné plus haut.* A la suite d'une enquête effectuée par un expert-conseil de l'OMS, spécialiste de l'hygiène industrielle,* des recommandations ont été formulées sur d'importants problèmes courants relatifs aux accidents du travail, aux dispositions de sécurité et de ventilation, à l'amélioration du régime alimentaire des travailleurs et à l'établissement de laboratoires régionaux d'hygiène industrielle. Certaines de ces recommandations ont déjà été prises en considération dans la deuxième étape du programme d'assistance technique à la Yougoslavie.

Un expert-conseil appelé à intervenir dans la mise en œuvre d'un programme d'assainissement a donné des avis sur l'utilisation du personnel existant et sur

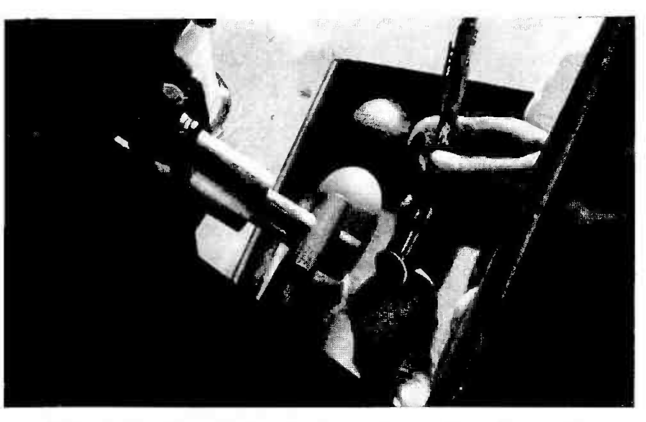
la formation d'un nombre supplémentaire d'agents pour l'extension de ce programme.* Le ravitaillement en eau, la conservation des eaux, l'évacuation des matières usées et la pollution des cours d'eau soulèvent d'importants problèmes que la Yougoslavie ne peut résoudre aisément en raison de ses difficultés économiques actuelles.

La bibliothéconomie médicale a motivé la visite d'un expert-conseil de l'OMS à cinq écoles de médecine (Belgrade, Skoplje, Sarajevo, Ljubljana et Zagreb).* Parmi les nombreux sujets discutés au cours de cette visite figuraient la centralisation des services de bibliothèque, la collaboration entre bibliothécaires de la Fédération et l'échange, à l'intérieur du pays, des ouvrages faisant double emploi. Un boursier a été choisi pour étudier, pendant une année, l'organisation des bibliothèques médicales.* A la fin de cette année d'étude, on envisage de créer un bureau central qui sera chargé de donner des avis sur les questions de bibliothéconomie et d'organiser des cours pour la formation de bibliothécaires. Une autre bourse d'études de plus courte durée a été attribuée au bibliothécaire de la Faculté de Médecine de Belgrade.*

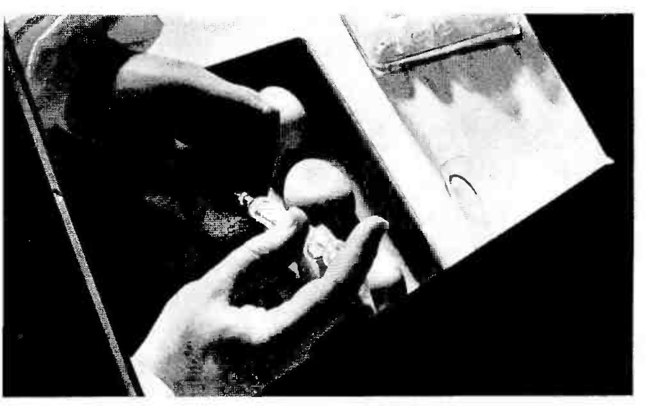
La Yougoslavie a accueilli une conférence de chefs de laboratoires fabriquant des agents prophylactiques de la diphtérie et de la coqueluche. Cette conférence, qui a eu lieu à Dubrovnik et qui était organisée conjointement par le Siège de l'OMS et le Bureau régional, a compté parmi ses participants des experts venant des pays suivants : Canada, Danemark, Etats-Unis d'Amérique, France, Pays-Bas, République fédérale d'Allemagne, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Suisse, Turquie et Yougoslavie. Les discussions ont porté principalement sur les récents progrès accomplis dans la production de ces agents prophylactiques et sur l'adoption de méthodes d'immunisation d'une valeur éprouvée.

La participation de la Yougoslavie aux programmes inter-pays est indiquée au Tableau I et plus de 70 bourses d'études, y compris celles qui sont mentionnées plus haut, ont été attribuées pendant l'année.*

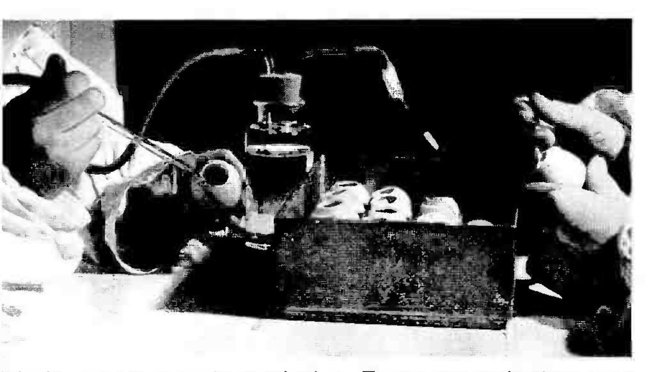
RECHERCHES SUR LE VIRUS DE LA GRIPPE AU CENTRE MONDIAL DE LA GRIPPE



Culture du virus de la grippe sur des œufs embryonnés. Fraisage de l'œuf en vue de l'inoculation.



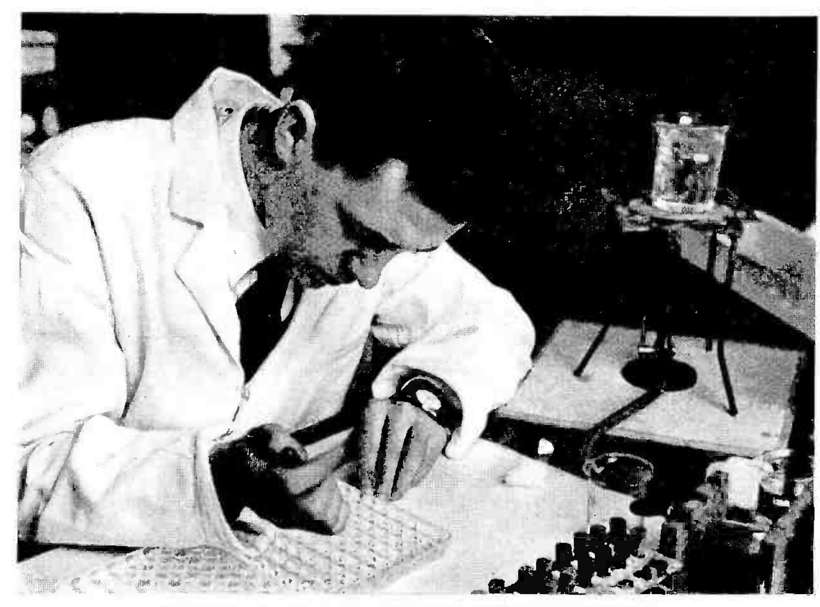
Injection du virus.



Récolte du virus après incubation. Toutes ces opérations sont réalisées dans une boîte spéciale sous lumière ultraviolette.



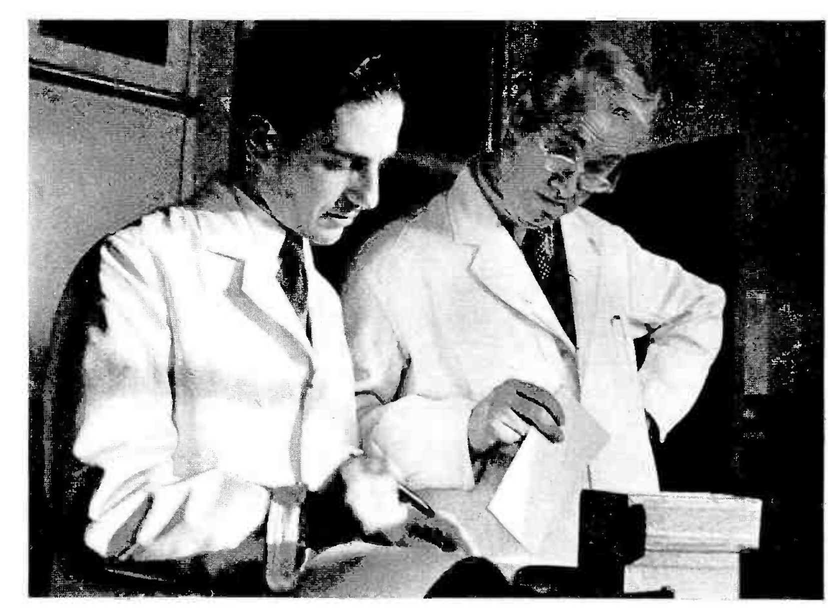
Contrôle du virus par inoculation d'une souris.



Contrôle du virus par réaction d'hémoagglutination.



Examen de photographies du virus de la grippe prises au microscope électronique.



Le Dr C. H. Andrewes (à droite), et son assistant, le Dr A. Isaacs. Le Dr Andrewes est Directeur du Centre Mondial de la Grippe, créé à Londres, en 1948, par la Commission intérimaire de l'OMS.



1





5

CAMPAGNE DE MASSE CONTRE I

1) Deux causes de propagation de l'infection: l'habitude de manger dans le même plat...

2) ...et de boire au même récipient.

3) Un membre de l'équipe prépare des seringues en vue de prélèvements de sang.

4) Distribution de tubes par l'infirmière: ces tubes seront remis aux membres de l'équipe qui font les prélèvements.

5) Le Dr Grin, qui dirige la campagne, recherche des lésions syphilitiques chez un enfant.







4



SYPHILIS ENDÉMIQUE EN BOSNIE

6) Distribution aux écoliers de brochures sur la syphilis endémique.

7) L'infirmière-chef examine un malade dans le dispensaire installé dans le hall de la coopérative du village.

8) Le médecin d'une usine de tracteurs prescrit de la pénicilline à l'un des 1.700 employés.

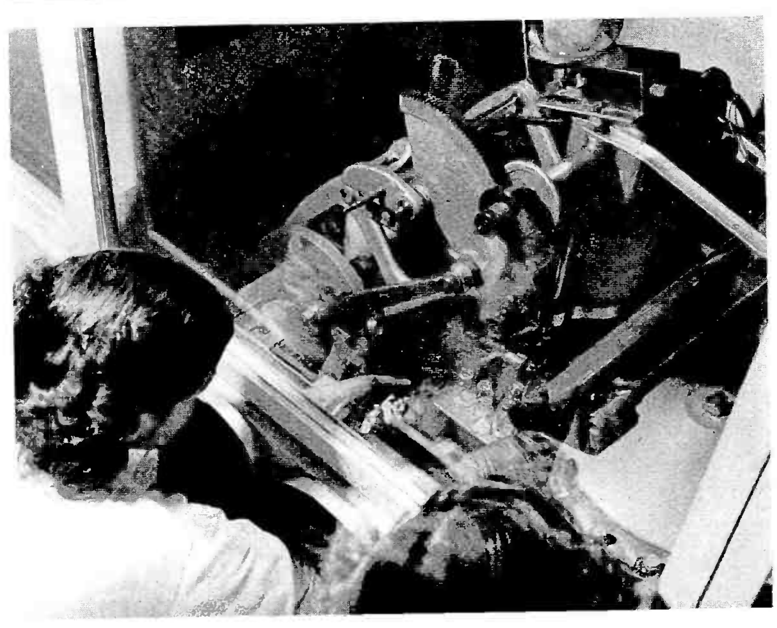
9) Préparation d'une culture par la mycologue de l'usine de pénicilline de Belgrade.

10) Mise en ampoules, dans une salle aseptique, de la pénicilline fabriquée par l'usine.

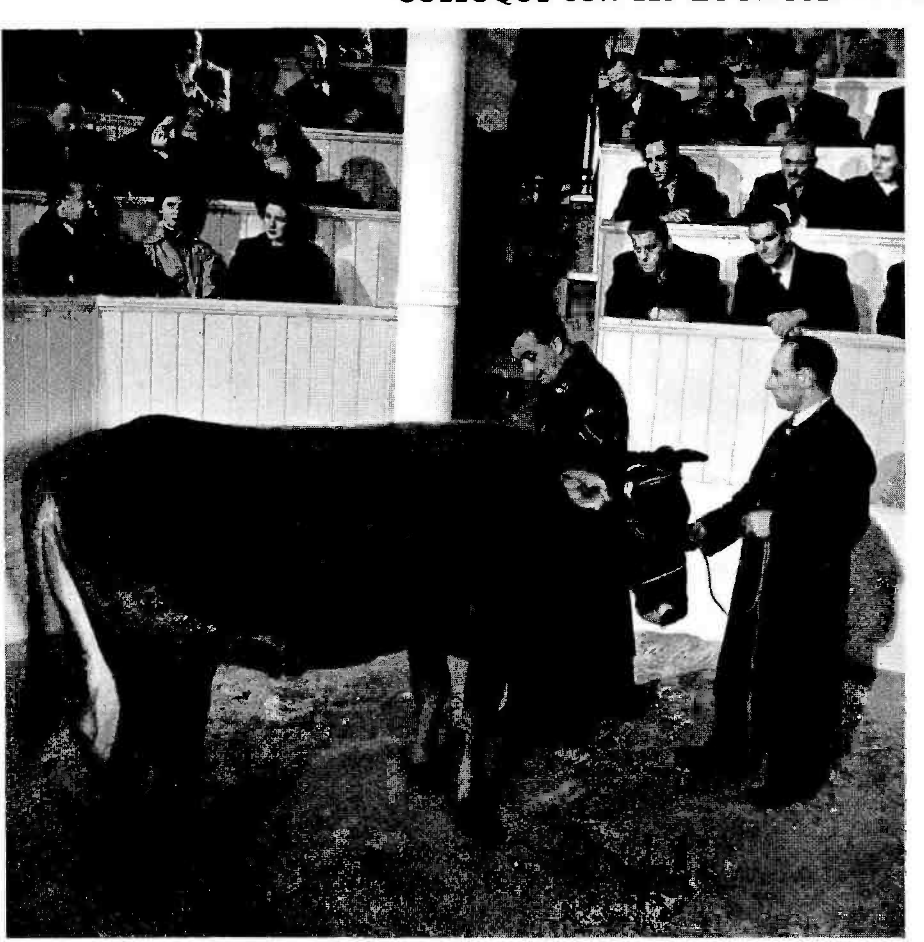


6





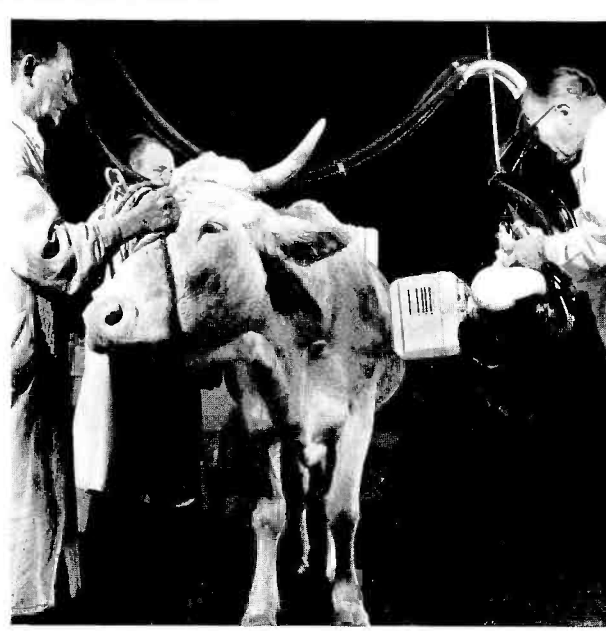
COLLOQUE SUR LES ZOONOSES A VIENNE, AUTRICHE



ᐱr. J. N. Ritchie, Vétérinaire-chef du Ministère de l'Agriculture du Royaume-Uni, fait, à 'Ecole de médecine vétérinaire de Vienne, une démonstration sur la manière d'effectuer les tuberculino-réactinos sur les vaches.



)émonstration de techniques de diagnostic biologique de la fièvre Q, par le Dr Brenno Babudieri de l'Istituto Superiore di Sanità de Rome.



Radiographie d'une vache par le Professeur Aloïs Pommer de l'Ecole de médecine vétérinaire de Vienne.



Le Professeur Kress (Autriche) met en évidence des lésions tuberculeuses dans les organes d'une vache abattue.



Conférence sur la leptospirose, à l'amphithéâtre de l'Institut d'Hygiène à Vienne; le conférencier est le Dr J. W. Wolff, de l'Institut Royal d'Hygiène tropicale d'Amsterdam.

CHAPITRE 15

RÉGION DE LA MÉDITERRANÉE ORIENTALE [1]

A la fin de 1952, 38 projets, dont 12 avaient été amorcés en 1951, étaient en cours d'exécution dans la Région de la Méditerranée orientale. En outre, 15 enquêtes préliminaires avaient été achevées, tandis que les pourparlers ou l'élaboration des plans avaient atteint divers stades dans le cas de 49 autres projets.

Il n'a pas été possible de tenir, en 1952, une session du Comité régional, mais le programme de 1953 et les prévisions budgétaires de 1954 ont pu être établis en consultation avec chacun des pays de la Région, conformément à la procédure suivie en 1951. Pendant l'année, le Royaume-Uni de Libye, nouvellement créé, est devenu Membre de la Région de la Méditerranée orientale. D'autre part, la Turquie a été rattachée provisoirement à la Région européenne.

L'exécution des projets d'assistance technique a été sensiblement facilitée, dans la Région, par les décisions du Bureau de l'Assistance technique aux termes desquelles l'Organisation est autorisée, dans certaines circonstances, à libérer les gouvernements de l'obligation d'assurer le logement du personnel en mission, ainsi qu'à suspendre, dans certains cas, l'application des limites imposées aux livraisons de matériel et de fournitures (voir page 159).

Un Directeur régional adjoint a été nommé en août et un nouveau poste d'administrateur (Budget et Finances) a été créé.

En raison du développement des activités de la Région, des fonctionnaires du Siège ont procédé, pendant le deuxième semestre de l'année, à une enquête sur la plupart des fonctions exercées par le Bureau régional. Les recommandations qu'ils ont ensuite formulées sur tout un ensemble de questions (organisation, dotation en personnel, amélioration et simplification des méthodes suivies, répartition des tâches et des responsabilités entre les divers services) sont actuellement mises à exécution.

Bien que la totalité des fournitures nécessaires n'ait pas toujours été reçue au moment où les équipes étaient à pied d'œuvre, il n'est survenu, de ce fait, aucun retard important en 1952 dans la mise en œuvre des projets. En revanche, des retards considérables ont été provoqués dans certains pays par des difficultés d'ordre douanier.

L'Organisation régionale a collaboré étroitement avec l'Organisation des Nations Unies et d'autres institutions. L'administrateur des Services administratifs et financiers s'est, au cours de réunions mensuelles d'un comité inter-secrétariats, tenu en rapports avec les représentants des organisations fonctionnant dans la Région. Grâce à des visites fréquentes faites à Beyrouth et à Alexandrie par d'autres membres du personnel du Bureau, l'Organisation a pu coopérer avec le FISE pour l'élaboration et l'exécution des projets communs.

Afin d'éviter les chevauchements d'efforts et de mettre au point des projets mixtes pour les pays intéressés, on s'est toujours efforcé, tant au Bureau régional que dans le cadre des opérations elles-mêmes, de maintenir la liaison nécessaire avec les représentants de la Technical Co-operation Administration (TCA) des Etats-Unis d'Amérique dans les pays de la Région. Un représentant du Bureau régional et le directeur de la division de la santé et de l'assainissement de la TCA se sont rendus, au mois de décembre, en Egypte, dans le Royaume Hachimite de Jordanie, en Irak, au Liban et en Libye pour étudier l'aide internationale à ces pays. Au cours d'une réunion qui s'est tenue ensuite au Bureau régional et à laquelle ont assisté des représentants du Siège et du FISE, on a constaté que les gouvernements de la Région se rendent de mieux en mieux compte de l'importance que revêt la santé pour le développement économique et social de leur pays et qu'ils sont très désireux d'obtenir le maximum d'aide pour améliorer l'état sanitaire de leurs populations. On a abouti à la conclusion que, dans l'intérêt d'une meilleure coordination, il y avait lieu de recommander que des comités techniques de coordination soient établis dans chaque pays et examinent régulièrement les projets mixtes d'assistance technique.

Un sérieux effort a été tenté, pendant l'année, pour faire mieux connaître et comprendre le travail de l'OMS dans l'ensemble de la Région, où, en général, les services de presse laissaient à désirer. Si la situation était satisfaisante en Egypte ainsi

---

[1] Conformément aux décisions des Première et Deuxième Assemblées Mondiales de la Santé (*Actes off. Org. mond. Santé*, **13**, 80, 330; **21**, 17, 53), cette Région comprend Aden, l'Arabie Saoudite, Chypre, la Côte française des Somalis, l'Egypte, l'Erythrée, l'Ethiopie, l'Irak, l'Iran, Israël, le Liban, le Pakistan, le Royaume Hachimite de Jordanie, la Somalie britannique, la Syrie, la Tripolitaine, la Turquie et le Yémen. Lors de la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé, le Royaume-Uni de Libye est devenu Membre de la Région, la Somalie lui a été provisoirement rattachée et la Turquie a été provisoirement transférée à la Région européenne ; la Somalie britannique a été provisoirement rattachée à la Région africaine (résolutions WHA5.43, WHA5.44 et WHA5.46).

que dans d'autres pays arabes où les journaux égyptiens sont très lus, elle l'était moins dans des pays tels que le Pakistan, dont la langue n'est pas l'arabe. Des articles spéciaux sur l'œuvre de l'OMS au Pakistan ont donc été rédigés et envoyés dans ce pays pour y être traduits et diffusés. Des membres du personnel du Bureau régional se sont rendus au Royaume Hachimite de Jordanie, en Iran, en Irak, au Liban et en Syrie pour y rencontrer des représentants de la presse, des services radiophoniques et des services d'information gouvernementaux, ainsi que pour y rassembler une documentation photographique sur le travail des équipes en mission. Ces visites ont été des plus utiles car la presse de ces pays a dès lors réservé une place plus importante qu'auparavant aux activités de l'OMS. Comme la Région compte de nombreux analphabètes, il devient de plus en plus nécessaire de compléter la documentation écrite par des moyens visuels d'information. L'expérience a montré que ces moyens visuels doivent répondre aux connaissances et à l'expérience des habitants et être adaptés à chaque pays pour pouvoir être assimilés par ceux auxquels ils s'adressent.

Une version arabe du dépliant sur l'OMS a été établie et largement diffusée pendant l'année. D'autre part, une brochure illustrée sur l'œuvre accomplie par l'Organisation dans la Région a été publiée en anglais et a suscité un tel intérêt qu'elle a été traduite en arabe.

Exposé général des activités de l'OMS dans la Région

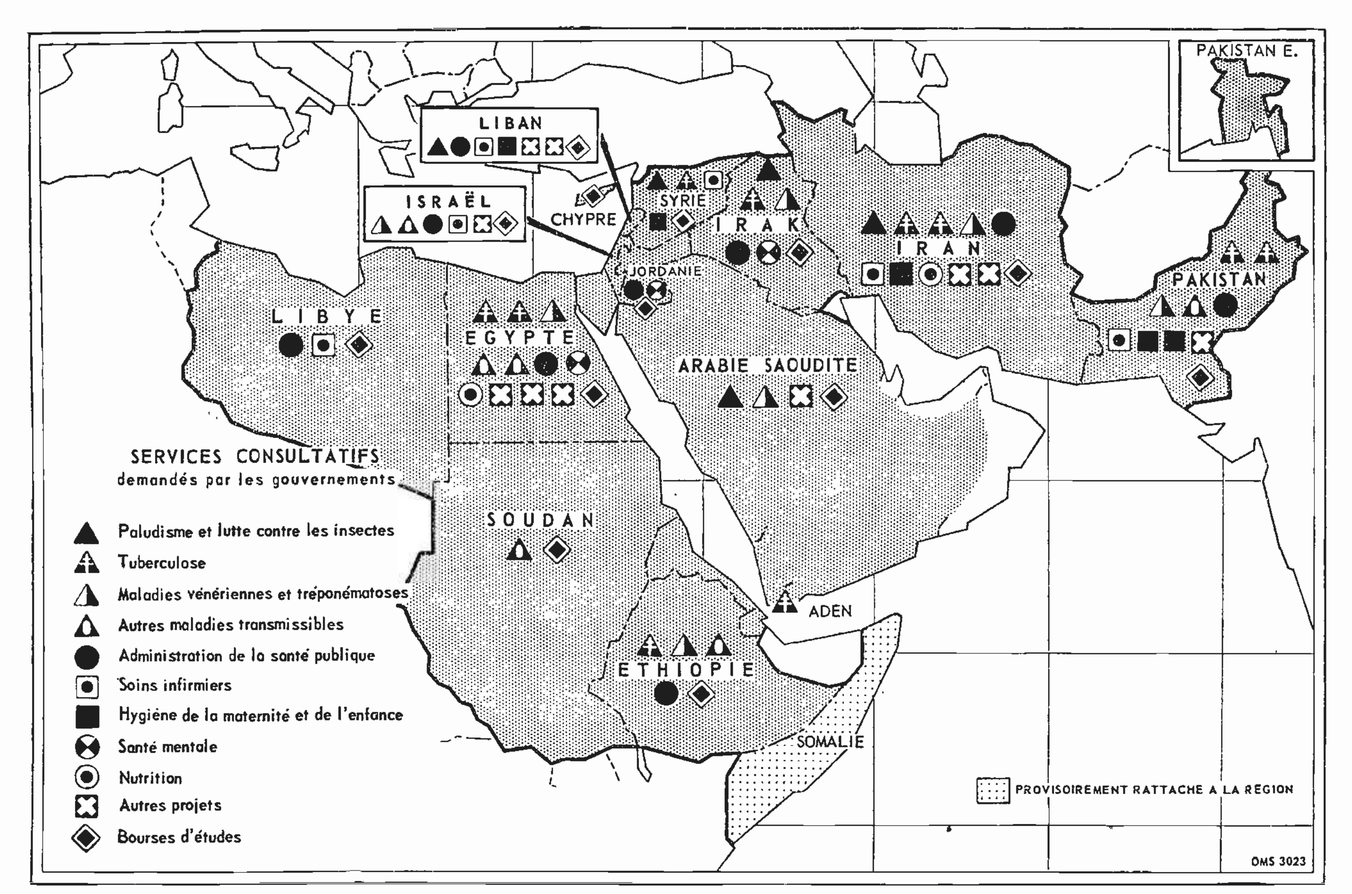
L'assistance de l'OMS aux pays de la Région a essentiellement porté, en 1952, sur le renforcement de l'administration de la santé publique et sur l'amélioration de la formation du personnel sanitaire. Cependant, le Bureau régional a, en outre, aidé divers pays à combler certaines lacunes de leurs services de santé, ainsi qu'à faire face à des situations exceptionnelles qui exigeaient des mesures d'urgence.

En matière de renforcement des administrations de la santé publique, plusieurs méthodes ont été suivies. En premier lieu, l'OMS a envoyé des conseillers auprès de certains gouvernements. Il lui a été difficile de trouver des administrateurs de santé publique qualifiés, mais elle a réussi à en recruter un pour l'Ethiopie. En 1951, un conseiller avait déjà été affecté à la Libye, un autre à l'Iran et un troisième à la Jordanie, au Liban et à la Syrie, de sorte que, à la fin de 1952, des conseillers étaient en fonctions auprès de six des gouvernements de la Région. En 1953, on compte envoyer des « représentants » dans certains pays plutôt que de détacher des conseillers auprès des gouvernements. En deuxième lieu, vingt-deux bourses d'études ont été attribuées à des médecins et à des infirmières pour leur permettre de recevoir une formation en matière de santé publique. Par la création de zones de démonstrations sanitaires dans des secteurs ruraux, l'OMS s'est efforcée de montrer comment il est possible de coordonner les services médicaux et les services sociaux. En 1952, des enquêtes préliminaires en vue de l'établissement de zones de ce genre ont été menées en Irak, en Iran, au Liban et au Pakistan. L'OMS a également envisagé l'institution de centres sanitaires dans certaines villes, afin d'indiquer comment il convient de coordonner entre eux les divers éléments d'un service sanitaire urbain et d'assurer la liaison entre ce service et d'autres projets exécutés dans la même localité avec l'aide de l'OMS. En troisième lieu, enfin, une série de colloques ont été envisagés pour 1953 et 1954, en vue de permettre à des fonctionnaires supérieurs des services de santé publique des pays de la Région de discuter ensemble des problèmes d'intérêt commun et des moyens de les résoudre. Ces réunions porteront sur la santé mentale, le génie sanitaire, les services infirmiers de santé publique, la pédiatrie, l'administration de la santé publique et les services d'hygiène scolaire. Les deux derniers colloques revêtiront vraisemblablement la forme de groupes d'étude itinérants.

Dans la Région, l'un des principaux obstacles au progrès en santé publique réside dans la pénurie de personnel qualifié de toutes catégories et c'est pourquoi, dans la plupart des projets, une place importante a été réservée à la formation professionnelle. Tous les projets concernant la protection maternelle et infantile, l'hygiène rurale, la lutte antipaludique et antivénérienne ont été conçus dans le double souci de faire la démonstration des méthodes modernes et d'offrir des possibilités de formation professionnelle. D'autre part, des projets spéciaux de formation professionnelle — dans le domaine des soins infirmiers, par exemple, en Iran et en Israël — ont été entrepris. L'OMS a aidé au développement ou à la création de moyens de formation dans divers pays. Elle a apporté son concours à des écoles de médecine du Pakistan et fourni deux chargés de cours, l'un à l'Irak (parasitoses) et l'autre à l'Université française de Beyrouth (médecine préventive). L'OMS a également aidé l'Institut iranien de Paludologie à organiser des cours de perfectionnement pour diplômés, elle a établi des plans en vue de renforcer la formation du personnel infirmier (soins généraux) en Egypte, en Iran, en Israël, en Jordanie, au Liban, en Libye, au Pakistan et en Syrie, et accordé des bourses régionales et interrégionales.

Les ressources des différents pays de la Région varient considérablement en matière d'enseignement. Certains possèdent des universités bien organisées qui sont capables de dispenser un enseignement

CARTE 10. RÉGION DE LA MÉDITERRANÉE ORIENTALE
Activités entreprises par l'OMS en 1952, y compris les activités communes



universitaire et postuniversitaire, tandis que d'autres ne sont pas en mesure de former même du personnel médical auxiliaire. Aussi, l'OMS, lorsqu'elle accorde des bourses d'études et apporte son aide à des établissements de formation professionnelle, doit-elle exercer son action sur trois plans différents : 1) formation de maîtres enseignants et d'administrateurs ; 2) formation de médecins, d'infirmières, d'ingénieurs de santé publique et d'hygiénistes pleinement qualifiés ; 3) formation de personnel sanitaire auxiliaire. Pendant l'année, elle a attribué 131 bourses d'études, ainsi qu'il ressort de l'annexe 16. Il y a lieu de penser que, dans l'ensemble, le programme des bourses d'études a donné de bons résultats.

La formation de personnel sanitaire auxiliaire a été favorisée par les centres de protection maternelle et infantile, ainsi que par l'attribution de bourses pour des études à l'Université américaine de Beyrouth. Celle-ci a organisé, sous la direction d'un administrateur de santé publique de l'OMS, des cours spéciaux pour inspecteurs sanitaires, techniciens de laboratoires et infirmières de santé publique. On a constamment mis à profit les autres projets exécutés dans les pays intéressés pour donner au personnel une formation pratique. L'OMS s'est employée plus qu'elle ne l'avait fait auparavant à aider les pays les plus avancés à créer des instituts de formation professionnelle aussi bien pour leurs propres ressortissants que pour ceux des autres pays de la Région. Des plans ont été dressés en vue de la création en Egypte d'un centre régional de formation radiologique et d'une école régionale d'infirmières.

Comme on l'a dit plus haut, l'OMS a aidé divers pays à faire face à des circonstances particulières. Des experts-conseils ont été envoyés au Soudan à l'occasion d'une épidémie de méningite cérébrospinale ; des infirmières-monitrices ont été affectées à des écoles de sages-femmes de l'Iran ; des avis ont été donnés et des enquêtes effectuées en relation avec l'établissement, en Israël, d'un centre de réadaptation pour immigrants, et d'un centre de réadaptation pour enfants infirmes au Liban.

Les pays de la Région attachent de plus en plus d'importance à la lutte antipaludique. C'est ainsi qu'avec le concours de l'OMS et du FISE, l'Egypte a établi des plans en vue de la construction d'une fabrique de DDT, et qu'elle ouvrira, avec l'aide de l'OMS, un centre de formation pour paludologues, entomologistes et inspecteurs sanitaires de langue arabe. L'Iran et le Pakistan continuent, le premier

avec l'aide de la Technical Co-operation Administration et le second avec celle du FISE, à livrer une lutte acharnée au paludisme ; leurs efforts, pour lesquels ils ont bénéficié des conseils de l'OMS, leur ont valu de vifs éloges et ont eu pour eux des résultats très utiles. Une campagne contre le paludisme s'est également poursuivie au Liban avec l'aide de l'OMS, et d'autres ont été entreprises pendant l'année en Arabie Saoudite, en Syrie et dans la vallée du Tanjero (Irak). Le conseiller paludologue régional a procédé à une enquête sur la fréquence du paludisme dans la Région, en vue d'établir un plan de lutte contre cette maladie.

Quant à la lutte antituberculeuse, il a été convenu que chaque projet devrait comporter la création d'un laboratoire et une campagne de vaccination par le BCG ; en outre, un manuel exposant des techniques simples pour les investigations bactériologiques et épidémiologiques devrait être préparé. Il a d'autre part été décidé que des statisticiens apporteraient leur concours, notamment lors des campagnes de vaccination par le BCG. Une équipe spéciale envoyée par le Bureau de Recherches sur la Tuberculose, Copenhague, a analysé les résultats divergents observés dans la Région au sujet des réactions tuberculiniques. A Aden, le programme de vaccination par le BCG, qui a été mené à bonne fin pendant l'année, sera repris par le Gouvernement ; au Pakistan, la campagne BCG s'est déroulée de façon satisfaisante si l'on tient compte de l'insuffisance numérique du personnel des équipes ; celle d'Egypte était sur le point de se terminer à la fin de l'année ; des campagnes analogues ont été entreprises en Irak et en Iran et d'autres sont envisagées en Libye et au Soudan en 1953. Des centres de démonstration et de formation professionnelle pour la lutte antituberculeuse ont été créés en Egypte et en Syrie. D'autre part, l'OMS continuera en 1953 à fournir son aide au centre antituberculeux du Pakistan. La construction du bâtiment destiné au centre antituberculeux de l'Irak, qui avait subi un certain retard, était en bonne voie à la fin de l'année. Des arrangements ont été conclus en vue de la création d'un centre de ce genre en Israël au début de 1953. Enfin, un programme qui comportera une campagne de vaccination par le BCG et l'établissement d'un centre antituberculeux en Ethiopie a été préparé pour 1953.

La création de centres de démonstration et de formation professionnelle est indispensable si l'on veut améliorer la protection maternelle et infantile dans l'ensemble de la Région. L'OMS s'est particulièrement attachée à la formation de sages-femmes, d'infirmières de santé publique et de personnel auxiliaire. En raison de l'extrême pénurie de personnel infirmier qui sévit dans la Région, plusieurs projets ont visé essentiellement à former des sages-femmes pour les collectivités rurales et des cours ont été institués à cette fin. Des démonstrations et des cours d'entretien ont été organisés pour toutes les catégories de personnel médical, notamment pour les praticiens de médecine générale, ainsi que pour les étudiants en médecine et les élèves-infirmières. Des centres de démonstrations de protection maternelle et infantile ont été inaugurés pendant l'année à Beyrouth (Liban), à Damas (Syrie) et à Peshawar (Pakistan). Le centre de Lahore (Pakistan) a fonctionné à plein rendement tout au long de l'année. D'autres centres seront prochainement inaugurés à Bagdad (Irak), à Dacca et à Karachi (Pakistan), ainsi qu'à Téhéran (Iran) et un peu plus tard en Libye et en Jordanie. L'OMS a également envoyé en Iran une équipe chargée de collaborer à la formation d'infirmières. Le FISE a participé à l'exécution de la plupart de ces projets en procurant du matériel et des fournitures.

Une aide a été donnée à des écoles d'infirmières de Syrie et d'Israël et l'on envisage d'établir des centres de formation professionnelle en Libye et en Ethiopie. En 1952, des infirmières-conseils ont été envoyées en Libye et en Iran. D'autres ont travaillé pendant quelque temps au Liban et en Syrie ; leurs services ont été hautement appréciés.

En ce qui concerne la lutte contre les tréponématoses, on se souviendra que l'année 1951 avait surtout été consacrée à la mise en œuvre d'un programme de démonstrations antivénériennes en Egypte et à l'exécution, en Irak, d'un projet de campagne contre le béjel et la syphilis, avec l'aide de l'OMS et du FISE. L'exécution de ces deux projets s'est poursuivie pendant les douze mois suivants. Le premier s'est terminé à la fin de 1952, tandis que l'exécution du suivant se prolongera, sur la demande du Gouvernement irakien, pendant toute l'année 1953. En juin, une équipe de conseillers vénéréologues a commencé ses travaux en Ethiopie ; vers la fin de l'année, une autre équipe s'est mise à l'œuvre en Arabie Saoudite, cependant qu'un centre de démonstrations était ouvert à Karachi (Pakistan). L'OMS participera à la campagne qui sera engagée en Syrie, au début de 1953, contre le béjel et la syphilis.

Des enquêtes sur la fréquence de la lèpre en Ethiopie et la démonstration des méthodes modernes de traitement de cette maladie ont été entreprises en février. Un projet analogue, dont l'exécution commencerait en avril 1953, a été soumis à l'approbation du Gouvernement iranien.

Dans le domaine de l'assainissement, l'OMS s'est surtout attachée à préciser les multiples problèmes qui se posent dans la Région et à élaborer des programmes de formation professionnelle. A cet effet, le conseiller régional s'est rendu en Egypte, en Jordanie, au Liban, en Libye, au Pakistan, en Turquie et en Syrie. La collaboration de spécialistes de l'assainissement est indispensable pour l'exécution de presque tous les projets envisagés dans la Région. Il y a énormément à faire en matière d'hygiène des denrées alimentaires et, à la suite de demandes émanant des gouvernements intéressés, l'OMS a pris des dispositions avec la FAO pour l'envoi d'un expert-

conseil en Egypte et en Syrie. Toutefois, ce qui importe avant tout, c'est d'organiser et d'intensifier la formation d'agents de la salubrité, d'ingénieurs sanitaires et de personnel auxiliaire. Le programme de formation professionnelle de l'Université américaine de Beyrouth sera utile à cet égard, mais il faudrait élaborer dans chaque pays des programmes de ce genre, en tenant compte des conditions et des ressources locales. On espère que les personnes qui suivent actuellement les cours organisés par l'Université américaine de Beyrouth pourront ensuite servir, à leur tour, d'instructeurs dans leur propre pays. Pour les ingénieurs de santé publique, cependant, il y a lieu de prévoir des bourses d'études hors de la Région et le problème qui se pose est de trouver des candidats possédant une instruction suffisante. Il conviendrait également d'améliorer les conditions d'emploi du personnel de salubrité.

Le Siège a mis provisoirement à la disposition du Bureau régional un expert-conseil pour l'éducation sanitaire. Celui-ci s'est rendu en Egypte, en Jordanie, au Liban et en Syrie pour étudier les programmes d'éducation sanitaire et pour y stimuler l'intérêt à l'égard du centre régional de formation en matière d'éducation de base qui fonctionne à Sirs el Layan (Egypte), sous les auspices de l'UNESCO et auquel l'OMS collabore. A la suite d'une réunion entre les représentants des deux organisations, il a été décidé que ce centre deviendrait un centre d'éducation de base patronné conjointement par l'OMS et par l'UNESCO.

Le trachome pose depuis longtemps un grave problème de santé publique dans la Région de la Méditerranée orientale ; en Egypte seulement, on estime que 70% des cas de cécité lui sont imputables. Depuis la découverte des sulfamides et des antibiotiques, on envisage de mener dans la Région une campagne contre cette maladie. Il s'agirait, tout d'abord, de charger une équipe de déterminer la méthode la mieux adaptée aux conditions existant dans les différents pays de la Région. Des renseignements ont été recueillis grâce aux travaux accomplis par l'UNRWAPRNE parmi les réfugiés de Palestine (voir chapitre 19), et lors des délibérations du Comité d'experts du Trachome (OMS), qui s'est réuni en mars à Genève. La principale difficulté demeure l'application régulière et adéquate des médicaments modernes, pendant une période suffisamment prolongée, au cours de campagnes de masse.

L'enquête régionale sur la bilharziose, commencée en 1951, a été complétée par des enquêtes en Ethiopie (y compris l'Erythrée), en Iran, en Irak, en Somalie britannique, en Somalie, au Soudan, en Syrie et au Yémen. Les rapports rédigés par les deux experts-conseils ont été transmis au Bureau régional et aux gouvernements intéressés. Vers la fin de l'année, on s'est attaqué à la bilharziose en Egypte ; une action identique est projetée en Irak, tandis que la lutte contre la bilharziose et contre le paludisme sera engagée simultanément en Syrie au cours de 1953. Des essais pratiques avec les nouveaux molluscocides se poursuivent en Egypte.[2]

Quinze bourses d'études ont été accordées à des représentants de pays de la Région de la Méditerranée orientale à l'occasion de la conférence-colloque inter-régionale sur la rage, qui s'est tenue à Coonoor (Inde) en juillet sous l'égide de l'OMS (voir page 20). Trois de ces bourses d'études ont été attribuées à la Turquie, qui, à ce moment, faisait encore partie de la Région.

Un expert-conseil a effectué des enquêtes sur la santé mentale en Egypte et en Irak au début de 1952, et en octobre un autre expert-conseil a procédé à une enquête analogue en Jordanie. Les rapports établis à ce sujet ont été étudiés par les gouvernements intéressés. En vue des plans à dresser pour le colloque sur la santé mentale proposé pour la fin de 1953, il s'est tenu en décembre, au Bureau régional, une réunion à laquelle ont assisté des représentants de l'Egypte, de l'Irak, du Liban, du Soudan et de la Syrie, ainsi que les deux experts-conseils mentionnés ci-dessus et des représentants du Siège. Il a été souligné, au cours de cette réunion, que le colloque envisagé inciterait vivement l'opinion publique et les gouvernements à aborder sous un angle nouveau le problème de la santé mentale dans la Région.

Trente-quatre accords ont été signés avec des gouvernements pour l'octroi d'une aide au titre de l'assistance technique ou du programme ordinaire.

L'assistance aux réfugiés de Palestine est décrite au chapitre 19.

Activités entreprises par les gouvernements avec l'aide de l'OMS

Les activités qui ont été ou qui doivent être financées au moyen des fonds de l'assistance technique sont marquées d'un astérisque.

Aden

La campagne de vaccination par le BCG exécutée avec l'aide de l'OMS et du FISE s'est terminée en mai. Ses résultats ont été très satisfaisants, la quasi-totalité des sujets vaccinés étant devenus positifs à l'épreuve tuberculinique. Le Gouvernement s'est chargé de poursuivre les opérations avec le matériel que lui a laissé le FISE et avec les fournitures que celui-ci continuera à lui procurer.

[2] L'OMS finance cette activité au moyen d'une subvention qui est inscrite, sous la rubrique correspondante, dans le budget ordinaire (Siège).

Chypre

Trois bourses d'études ont été attribuées, dont deux * au titre de l'assistance technique.

Egypte

L'exécution des deux projets commencés en 1951 (projet de démonstrations antivénériennes et projet d'extension des services de vaccination par le BCG) s'est poursuivie et s'est terminée à la fin de 1952. Après avoir achevé son travail dans la Basse-Egypte, l'équipe antivénérienne s'est rendue au Caire en mars. A partir de cette nouvelle base d'opérations, elle a continué ses travaux en matière de formation professionnelle, engagé une action antivénérienne à Edfa (Haute-Egypte) et étendu son activité à des dispensaires de protection maternelle et infantile. Elle s'est surtout consacrée à des enquêtes, à l'éducation sanitaire de la population, aux services sociaux de prophylaxie antivénérienne et à la formation professionnelle de personnel. Sous les auspices du comité mixte des organismes sociaux du Ministère égyptien de la Santé et de l'UNESCO, il s'est tenu au Caire, en mars, un colloque sur les relations sociales considérées dans leurs rapports avec la santé publique, auquel ont participé des représentants de l'OMS ; on estime que cette réunion a considérablement accru l'intérêt porté à la prévention des maladies vénériennes.

La campagne de vaccination par le BCG, qui bénéficie de l'aide de l'OMS et du FISE, s'est poursuivie de façon satisfaisante et le Gouvernement égyptien a dressé des plans en vue de la poursuite des opérations sous la forme d'un service public permanent. Il a témoigné sa reconnaissance à l'OMS pour l'aide qu'elle lui a fournie à l'occasion de cette campagne, pendant laquelle non moins de 4.107.500 personnes ont été testées et 1.245.000 ont été vaccinées. (Ces chiffres comprennent les résultats obtenus par la Campagne internationale contre la Tuberculose avant que l'OMS et le FISE aient assumé la conduite des opérations.)

Les travaux en vue de la création d'un centre antituberculeux de démonstration et de formation professionnelle ont commencé au Caire * en août, date à laquelle le chef de l'équipe et deux assistants sont arrivés. Des progrès satisfaisants avaient été réalisés à la fin de l'année. Un conseil administratif a été institué pour coordonner les travaux des organisations participant à l'exécution du projet.

Un accord a été conclu en prévision de l'exécution d'un programme de lutte contre la bilharziose. Un chef d'équipe a été engagé et les travaux ont commencé à la fin de l'année.* Les essais pratiques avec les molluscocides ont été poursuivis.[3]

[2] L'OMS finance cette activité au moyen d'une subvention qui est inscrite, sous la rubrique correspondante, dans le budget ordinaire (Siège).

Dans le domaine de la santé mentale, d'autre part, une enquête a été menée dans des hôpitaux psychiatriques, des dispensaires, des usines, des écoles, des établissements pénitentiaires et d'autres institutions. L'expert-conseil chargé de ce travail a donné des conférences sur la santé mentale et formulé diverses recommandations concernant, notamment, la création de services de la santé mentale au Ministère de la Santé et la formation clinique d'étudiants en médecine et de médecins dans un établissement psychiatrique.

Un conseiller régional pour l'assainissement a procédé à une étude des problèmes qui se posent en Egypte, afin qu'il soit possible d'organiser par la suite deux cours de formation pour ingénieurs sanitaires ; le premier, qui sera donné à l'Université d'Alexandrie, s'adressera aux étudiants, et le second, qui aura lieu à l'Université Ibrahim Ier, au Caire, sera réservé aux diplômés. L'OMS envisage actuellement de fournir des chargés de cours à ces deux universités.

Trois autres projets ont été mis en train pendant le troisième trimestre de l'année : une enquête sur l'organisation des services hospitaliers,* un projet visant l'hygiène industrielle et les maladies professionnelles (une enquête préliminaire a déjà été faite) et une enquête sur la pellagre,* dont la première phase est achevée et qui, au printemps de 1953, sera suivie d'une deuxième enquête.

Le Gouvernement a nommé un directeur pour la zone de démonstrations sanitaires de Calioub ;* des pourparlers sont en cours à ce sujet et l'on prévoit qu'un accord sera prochainement conclu.

L'OMS a chargé un expert-conseil de collaborer à la mise sur pied, dans la zone de Calioub, d'un projet-pilote de lutte antitrachomateuse. Ce projet portera également sur l'assainissement, ainsi que sur l'éducation sanitaire des écoliers et des enfants d'âge préscolaire. Les mères et les instituteurs devront y participer activement.

Un expert a été affecté au Memorial Ophtalmic Institute de Giza à la fin de l'année pour y participer à des recherches sur les maladies à virus,* y compris le trachome.

L'OMS a été priée par le Gouvernement de fournir une équipe d'experts à l'occasion d'un colloque sur les maladies des yeux, qui aura lieu au Caire en février 1953 et coïncidera avec des manifestations organisées à l'occasion du cinquantième anniversaire de la fondation de la Société égyptienne d'Ophtalmologie. Les experts de l'OMS doivent donner des conférences sur les maladies des yeux et démontrer les méthodes modernes de traitement.*

Un expert-conseil pour l'éducation sanitaire a été envoyé par le Siège en Egypte, où il a collaboré aux travaux du centre régional de formation professionnelle en matière d'éducation de base, qui est situé à Sirs el Layan et au sujet duquel un accord a été conclu avec l'UNESCO * (voir page 129).

Les plans préparés avec l'aide de l'OMS et du FISE en vue de la création d'une fabrique de DDT ont été approuvés et un expert a réglé les derniers détails avec le Gouvernement.* Deux experts ont achevé une enquête sur place à l'occasion de ce projet. La conduite des opérations industrielles sera transférée à l'Administration de l'Assistance technique des Nations Unies.

Des arrangements ont été pris en vue de l'envoi en Egypte, en 1953, d'une équipe de conseillers en santé publique.*

Vers la fin de 1952, le Gouvernement égyptien a prié l'OMS de l'aider à établir un centre régional de formation antipaludique. L'OMS envisage de fournir un moniteur (assainissement), des bourses d'études et du matériel.*

Neuf bourses d'études ont été attribuées, dont cinq * au titre de l'assistance technique.

Ethiopie (y compris l'Erythrée)

En 1952, l'exécution de trois projets a commencé en Ethiopie avec l'aide de l'OMS. Le premier comprenait une enquête sur la fréquence de la lèpre, ainsi que la démonstration des méthodes modernes de traitement de cette maladie.* Les travaux ont avancé de façon satisfaisante et se termineront au début de 1953. Le deuxième projet avait trait à l'administration de la santé publique; * le conseiller envoyé par l'OMS est entré en fonctions en octobre, à Addis-Abéba et les autres membres de l'équipe arriveront au début de 1953. Le troisième projet se rapportait à des démonstrations antivénériennes; * une équipe de conseillers s'est mise au travail en juin dans les dispensaires de Filoha et de Takla Haimanot (Addis-Abéba), où le conseiller principal a commencé à donner des cours destinés à former des techniciens de laboratoire.

Des conseillers se sont rendus dans le pays et ont dressé les plans d'une campagne de vaccination par le BCG. D'autre part, la création d'un centre antituberculeux de démonstration et de formation * sera entreprise par le Gouvernement éthiopien, avec l'aide de l'OMS et du FISE. L'exécution de ces projets doit commencer en 1953. Le chef de l'équipe chargée de la campagne BCG a été recruté. Le FISE a approuvé la nomination d'un administrateur et les plans ont été soumis au Gouvernement.

On envisage, d'autre part, un projet de formation de personnel auxiliaire * ainsi qu'un projet mixte OMS/FISE de protection maternelle et infantile.*

Vingt-six bourses d'études, dont une * au titre de l'assistance technique, ont été attribuées à des ressortissants éthiopiens ; une bourse * a été attribuée au titre de l'assistance technique à un candidat de l'Erythrée.

Iran

La campagne de lutte antipaludique * mentionnée dans le Rapport annuel de 1951 a continué de progresser de façon remarquable et l'équipe de conseillers paludologues a poursuivi son travail. Le service national de lutte antipaludique, dont on avait redouté la suppression en raison de difficultés financières, a repris son activité avec l'aide de la Technical Co-operation Administration, qui a fourni du DDT et des véhicules pour la continuation de la campagne. L'équipe de l'OMS, en collaboration avec le centre de recherches médicales et l'administration iranienne de la santé publique, se préoccupe surtout d'étendre la lutte antipaludique aux provinces et de développer l'Institut de Paludologie. Celui-ci comprend déjà des services de parasitologie et d'entomologie, et un service de chimie a été récemment créé pour examiner et essayer les fournitures livrées (DDT par exemple), ainsi que pour déterminer le pouvoir d'inactivation des matériaux utilisés pour les constructions locales. Grâce aux pulvérisations opérées chaque année depuis 1949 sur le littoral de la mer Caspienne, de nouvelles réductions sensibles de l'indice splénique ont pu être constatées au cours d'enquêtes effectuées dans cette région. Dans la zone de Chalus, par exemple, l'indice splénique est tombé de 89% en 1949 à 9% en 1952.

Une enquête sur l'hygiène industrielle et les maladies professionnelles a été achevée pendant l'année.* Le rapport établi à ce sujet indique qu'il existe déjà des services assez développés d'hygiène industrielle, de médecine du travail et de sécurité sociale et que, par conséquent, il devrait être possible d'améliorer l'état de santé des travailleurs, en mettant l'accent sur la prophylaxie et sur une gestion économique et efficace du système de sécurité sociale. Ce rapport, qui suggère également des méthodes pour la solution des problèmes médicaux dans l'industrie iranienne, est actuellement étudié par le Gouvernement.

D'autre part, des mesures ont été prises pour renforcer l'administration des services de santé publique. L'OMS a fourni sa contribution en procurant au Gouvernement un administrateur de santé publique et une infirmière, à titre de conseillers.*

Des plans ont été approuvés en vue de la création à Téhéran, avec l'aide de l'OMS et du FISE, d'un centre de démonstration et de formation en matière de protection maternelle et infantile.* Les fonds alloués par le FISE pour la livraison de médicaments et de compléments alimentaires aux centres existants aideront le Gouvernement à maintenir ceux-ci en activité.

Le Ministère de la Santé a institué en 1951 une section spéciale de protection maternelle et infantile. Plusieurs autres institutions reconnues d'utilité publique par le Gouvernement et subventionnées par lui ont également déployé une activité dans ce domaine. Elles ont créé deux écoles d'infirmières et organisé des cours pour la formation d'aides-infirmières. Cependant, les écoles existantes sont insuffisantes pour les besoins du pays et l'on est obligé de continuer à employer du personnel non

qualifié. L'OMS envisage donc d'aider le Gouvernement à établir une autre école d'infirmières à Tabriz.* Trois infirmières-monitrices ont été engagées, mais il a fallu les affecter provisoirement à l'école d'infirmières Ashraf de Téhéran.

Une enquête sur la nutrition * et une autre enquête sur l'hygiène dans les zones rurales * ont été achevées en 1952.

Une campagne de vaccination par le BCG a été déclenchée en avril avec l'aide de l'OMS et du FISE. Il avait fallu surseoir à son exécution par suite de retards dans les livraisons de matériel, dus aux formalités douanières. On a observé une sensibilité très faible à la tuberculine dans les régions rurales proches de Téhéran et une sensibilité légèrement plus élevée sur le littoral de la Caspienne. Comme on envisage d'intensifier cette campagne, il a fallu étudier l'allergie tuberculinique constatée avant la vaccination dans des groupes d'habitants, afin de se rendre compte si l'extension des opérations se justifiait. Dans l'ensemble, la campagne s'est déroulée dans de bonnes conditions et le pourcentage des personnes qui sont revenues pour le contrôle des résultats des tests a été très satisfaisant. A la fin de l'année, la construction d'un centre antituberculeux était près d'être achevée et des fournitures ainsi que du matériel commençaient à arriver.* La vaccination antivariolique a également été pratiquée au cours de cette campagne.

La campagne de lutte contre les maladies vénériennes * était sur le point de commencer à Téhéran, vers la fin de l'année : le personnel nécessaire avait été recruté, tous les préparatifs étaient terminés, et le chef de l'équipe se trouvait sur place.

En complément de la mission d'enseignement médical qui s'était rendue en Iran l'année précédente (voir le Rapport annuel de 1951, page 127), un groupe de conseillers pour l'enseignement de la médecine a visité les facultés de médecine de Téhéran, de Meched, de Shiraz et d'Ispahan.* Ce groupe a soumis au Gouvernement un rapport qui contient des propositions visant l'amélioration de l'enseignement de la médecine dans les provinces.

Parmi les autres projets pour lesquels des plans avaient été établis à la fin de l'année et dont l'exécution va être entreprise au début de 1953, il y a lieu de signaler : un projet de lutte contre les maladies propagées par les insectes, pour lequel le Gouvernement a demandé l'envoi d'un technicien de laboratoire supplémentaire ;* un projet visant la réouverture de l'école de sages-femmes de Téhéran ;* l'envoi de deux experts chargés de diriger un nouveau service de diagnostic et de traitement ainsi que de former des techniciens au Centre radiologique Ferusabadi ;* un projet de lutte antilépreuse (un plan de travail a été soumis au Gouvernement et les travaux commenceront vraisemblablement en avril 1953) * et un projet de lutte contre le trachome, pour lequel une bourse d'études a été attribuée. D'autre part, des plans sont en cours d'élaboration pour une aide au laboratoire Pahlevi et à l'Institut Razi.*

En 1952, vingt-neuf bourses d'études ont été attribuées, dont dix-huit * au titre de l'assistance technique.

Irak

Le projet de lutte contre le béjel et la syphilis, exécuté avec l'aide de l'OMS et du FISE, aurait dû se terminer à la fin de l'année, mais, sur la demande du Gouvernement, il sera poursuivi pendant toute l'année 1953 par une nouvelle équipe.* Les opérations se dérouleront principalement dans la région d'Amara, qui, en raison de son accès difficile, n'avait pas offert un terrain favorable aux activités de l'équipe de conseillers.

Après l'achèvement des travaux préparatoires, la campagne de vaccination par le BCG a commencé en Irak, au mois de juillet, avec l'aide de l'OMS et du FISE. Quatre équipes, formées chacune d'un médecin et de deux infirmières, participent aux travaux, qui s'intensifieront ultérieurement. Ils ont d'ores et déjà permis de constater, à Bagdad, une sensibilité très élevée à la tuberculine.

La création d'un centre antituberculeux de démonstration n'a progressé que très lentement en raison de retards dans la construction des bâtiments.* Le chef de l'équipe de vaccination par le BCG a été affecté au centre antituberculeux en qualité de conseiller principal et il dirigera simultanément l'exécution des deux projets.

Dans la vallée du Tanjero (province de Sulaimaniya), l'exécution d'un projet de lutte antipaludique * a pu commencer en août, après de longs retards dus à la difficulté d'obtenir des locaux pour le logement du personnel ; l'enquête initiale a progressé de façon satisfaisante. Le FISE apportera son concours pour le développement ultérieur des travaux. Ceux-ci se dérouleront dans des villages où l'indice splénique est compris entre 10 et 33 % chez les enfants âgés de moins de 10 ans et où l'indice parasitaire varie de 10 à 42 %.

L'organisation a affecté un conseiller principal à un groupe consultatif pour la santé publique ;* à la fin de l'année, cet expert était prêt à entrer en fonctions. Sur la demande du Gouvernement, un épidémiologiste a été adjoint au groupe, qui sera encore complété par un ingénieur sanitaire. Un accord a été signé à ce sujet par le Gouvernement.

Un expert-conseil pour la santé mentale a effectué pour l'OMS une enquête en Irak pendant la première partie de 1952. A la fin de l'année, des pourparlers étaient en cours pour l'envoi en Irak d'un psychologue qui sera affecté à une école pour enfants arriérés.

Un expert a été recruté pour faire une enquête sur la fréquence de la lèpre en Irak et démontrer les méthodes modernes de traitement.* Il commencera son travail au début de 1953.

L'OMS prendra part à l'établissement, à Bagdad, d'un centre de démonstration et de formation professionnelle en matière de protection maternelle et infantile ; des plans sont déjà établis à cet effet.* La construction des locaux a subi un certain retard, mais on espère que le centre pourra être ouvert au début de 1953.

L'OMS a été priée de collaborer à d'autres projets dont l'exécution n'avait pas encore commencé en décembre 1952. Il s'agit notamment de la création, déjà approuvée, d'un centre sanitaire rural,* d'une campagne contre la bilharziose,* pour laquelle des plans ont été dressés sur la base du rapport de l'expert-conseil qui a procédé à l'enquête préliminaire (voir page 129) et d'un projet de lutte antitrachomateuse.* De plus, l'OMS a fourni, vers la fin de l'année, les services d'un chargé de cours sur les parasitoses.

Treize bourses d'études ont été attribuées ; deux * d'entre elles sont financées à l'aide des fonds de l'assistance technique, et une bourse est administrée par l'OMS pour le compte du FISE.

Israël

Des experts-conseils ont effectué trois enquêtes portant respectivement sur l'amélioration des laboratoires de santé publique,* sur la lutte contre les zoonoses (y compris la brucellose, la rage et la tuberculose bovine) * et sur la réadaptation des immigrants.

L'OMS et le FISE avaient été priés de fournir leur concours sur ce dernier point car, bien que les services compétents d'Israël soient à la hauteur de leur tâche, ils se trouvent débordés en raison de l'afflux illimité de réfugiés invalides qui viennent de toutes les parties du monde et qui comptent un pourcentage élevé de sujets souffrant de séquelles de la poliomyélite. Israël envisage de créer, à l'Hôpital général de Sarafand, une école de physiothérapie. Deux physiothérapeutes sont actuellement engagés à cet effet, le premier pour un an et le second pour six mois. D'autre part, du matériel spécial sera fourni et il sera attribué deux bourses d'études.

Un autre projet a été entrepris pendant l'année en vue de la formation d'infirmières de santé publique.* L'OMS a également fourni une aide à des écoles d'infirmières.

La mission d'un expert-conseil qui avait été chargé par l'OMS de collaborer à l'élaboration d'un programme national de lutte antivénérienne a pris fin au mois de janvier.*

Les expériences pratiques entreprises depuis 1950 en Israël contre la rage sont décrites au chapitre 1.

Des dispositions ont été prises en prévision de l'ouverture à Jaffa, en avril 1953, d'un centre antituberculeux de démonstration et de formation.* Un conseiller principal a été engagé.

Quinze bourses d'études ont été attribuées, dont sept * au titre de l'assistance technique.

Jordanie, Royaume Hachimite de

(Pour les travaux concernant les réfugiés de Palestine, voir le chapitre 19.)

Pendant l'année, deux experts de laboratoire précédemment employés par l'UNRWAPRNE ont été engagés par l'OMS pour aider le Gouvernement à assurer le fonctionnement du laboratoire de santé publique de Jérusalem * (voir page 162).

Sous les auspices communs de l'OMS et du FISE, un spécialiste de la santé mentale a été nommé pour une courte période auprès du Gouvernement, en vue de donner des avis sur l'administration de son hôpital psychiatrique. Une enquête sur la santé mentale a été effectuée vers la fin de l'année.

L'OMS et le FISE envisagent d'aider le Gouvernement, au moyen de fonds prélevés sur le budget ordinaire de l'OMS et d'une subvention de la Technical Co-operation Administration, à établir un centre de démonstration et de formation en matière de protection maternelle et infantile. Ce projet sera lié à la création d'une école d'infirmières et facilitera la formation professionnelle de sages-femmes pour les collectivités rurales et d'infirmières pour les soins généraux. Le FISE procurera du matériel d'équipement, des médicaments et des compléments alimentaires aux centres et aux dispensaires de protection maternelle et infantile, ainsi que du matériel à la nouvelle maternité et à l'école d'infirmières.

Un programme de vaccination par le BCG, qui sera réalisé avec l'aide de l'OMS et du FISE, a été élaboré et approuvé.* Des préparatifs sont en cours pour la création d'un centre antituberculeux de démonstration et de formation professionnelle.*

Le conseiller régional pour l'assainissement s'est rendu dans le pays afin de fournir des avis consultatifs et d'établir des plans en vue de la création d'un centre sanitaire rural, pour lequel un expert-conseil à court terme sera engagé en 1953.*

Un expert-conseil pour l'éducation sanitaire a été chargé par le Siège d'étudier les services existants et d'éveiller l'intérêt des autorités à l'égard du centre régional de formation de personnel spécialisé dans l'éducation de base.

Deux bourses d'études ont été attribuées.

Liban

(Pour les travaux concernant les réfugiés de Palestine, voir le chapitre 19.)

Quatre projets dont l'exécution avait été entreprise avec l'aide de l'OMS en 1951 ont été poursuivis en 1952. Ils portent sur les services infirmiers,* la lutte antipaludique,* l'administration de la santé publique* et l'enseignement de l'hygiène publique* à l'Université française de Beyrouth. Les deux infirmières-conseils de l'OMS ont achevé leurs travaux dans le courant de l'année. Le Gouvernement libanais a hautement apprécié les services de ces infirmières, qui ont

démontré comment les questions de santé publique peuvent entrer dans le programme d'études des écoles d'infirmières.* L'une d'elles a ensuite été transférée au centre de démonstration et de formation en matière de protection maternelle et infantile* qui s'est ouvert à Beyrouth au mois d'août. Elle continuera cependant d'enseigner dans des écoles d'infirmières et de fournir des avis.

Dans le domaine de la lutte antipaludique,* l'enquête préliminaire a été achevée avec l'aide de l'OMS. Elle a révélé que 33.500 seulement des 122.050 habitants de la zone considérée vivent dans des endroits où le paludisme se propage de façon constante. Les autres ne sont exposés au risque que lors des migrations saisonnières vers la zone infectée. Les opérations de pulvérisations, qui ont protégé environ 33.180 habitants pour deux mois environ, ont porté sur plus d'un million de mètres carrés de parois dans les habitations ; près de 6.000 habitations, dans plus de 140 villages, ont été soumises à des pulvérisations. Certaines constatations donnent à penser que la méthode consistant à effectuer les pulvérisations par « bandes » (« band or stripe method ») est aussi efficace que celle de la pulvérisation complète ; elle permet de réaliser une économie de l'ordre de 25 %.

Des dispositions ont été prises pour que l'administrateur de santé publique chargé de fournir des avis au Gouvernement libanais en 1951 étende son activité à la Syrie et à la Jordanie.*

Un chargé de cours a donné des conférences sur la médecine préventive à l'Université française de Beyrouth.*

Des enquêtes ont été achevées en ce qui concerne les deux autres projets : la création d'un centre sanitaire rural* et l'exécution d'un programme de réadaptation des enfants infirmes. En ce qui concerne le second projet, l'OMS a été priée de collaborer à l'établissement d'une école spéciale non confessionnelle pour les enfants physiquement diminués dont l'état exige des soins de post-cure et qui ont besoin de recevoir une instruction spéciale après avoir quitté l'hôpital. Il a été recommandé au Gouvernement de créer, dans la Cité des Apprentis libanais (il s'agit d'un orphelinat) un centre de physiothérapie et un atelier pour la fabrication de bretelles et de matériel chirurgical. Ce centre ne serait pas seulement destiné à assurer le traitement et l'éducation physique des enfants physiquement diminués, mais aussi à servir de modèle pour d'autres pays et à former du personnel apte à travailler dans des services analogues. L'hôpital de l'Université américaine pourrait assurer la direction médicale des travaux ainsi que la surveillance post-thérapeutique. (Les moyens fournis par l'Université américaine de Beyrouth pour la formation de personnel auxiliaire sont indiqués à la page 127.)

Le conseiller régional pour l'assainissement s'est rendu au Liban pour y étudier les divers travaux accomplis dans ce domaine.

L'exécution du projet comportant l'aide de l'OMS pour l'établissement d'un laboratoire de production de micro-films s'est trouvée retardée. Le matériel, très coûteux, qui avait été livré par l'OMS a dû être conservé en entrepôt jusqu'au règlement de la question des droits de douane.

Sept bourses d'études ont été attribuées, dont trois * au titre de l'assistance technique.

Libye

Un administrateur de santé publique qui s'était rendu en Libye en 1951 a continué de fournir des avis au Gouvernement pendant toute l'année 1952.*

Une infirmière de la santé publique a, d'autre part, été engagée pour donner des avis sur l'organisation de centres de formation professionnelle.* On envisage de recruter trois infirmières-monitrices pour un projet de formation d'infirmières.*

Le Gouvernement a approuvé un plan de vaccination par le BCG qui sera mis à exécution avec l'assistance de l'OMS et du FISE. La plupart des fournitures et du matériel nécessaires sont arrivés à Tripoli.

L'OMS et le FISE ont élaboré un projet d'aide à la Libye pour la création, en Tripolitaine, d'un centre de démonstration et de formation en matière de protection maternelle et infantile.* Ce projet, actuellement examiné par le Gouvernement, prévoit que le centre hébergera des élèves sages-femmes et disposera d'installations rudimentaires pour l'hospitalisation des cas de pédiatrie et d'obstétrique. Ce centre servira essentiellement à former du personnel destiné aux secteurs ruraux. Le FISE procurera du matériel et des fournitures à ce centre ainsi qu'aux 25 centres qui existent déjà.

Les plans définitifs concernant un projet d'éducation sanitaire * ont été approuvés par le Gouvernement.

Le conseiller régional pour l'assainissement s'est rendu en Libye pour étudier l'administration des services d'assainissement de ce pays.

Cinq bourses d'études ont été attribuées, dont trois * au titre de l'assistance technique.

Pakistan

De nombreux changements, dus à la maladie ou à d'autres causes, se sont produits dans le personnel du centre antituberculeux de démonstration et de formation créé à Karachi * avec l'aide de l'OMS et du FISE. Aussi le Gouvernement a-t-il demandé à l'OMS le maintien du personnel international dans le pays pendant toute l'année 1953. Le centre a eu à faire face à d'autres difficultés. C'est ainsi que les appareils de radiologie ont subi de fréquents accidents techniques, qu'il a été malaisé de recruter sur place des infirmières visiteuses, et qu'il a été impossible d'engager un bactériologiste ayant les compétences voulues. Il est maintenant prévu qu'un bactériologiste dirigera simultanément le laboratoire de

Karachi et celui qui doit être créé à Dacca en 1953. Il a dû être sursis à l'établissement du centre de Dacca en raison de difficultés de construction.*

La campagne de vaccination par le BCG, menée avec l'aide de l'OMS et du FISE, a progressé de façon satisfaisante ; la nouvelle impulsion qui lui sera donnée exigera le recrutement, de plus en plus difficile, d'un personnel international supplémentaire. Le personnel national comprend actuellement 12 médecins et 72 vaccinateurs. Un statisticien, qui a fait un stage au Bureau de Recherches sur la Tuberculose de l'OMS, à Copenhague, a été chargé de participer aux travaux, tandis qu'une équipe de spécialistes de ce Bureau étudie les variations considérables constatées dans l'allergie tuberculinique avant la vaccination. Le Directeur du Bureau de Recherches sur la Tuberculose est venu se rendre compte, en novembre, du travail de l'équipe. Le vaccin BCG est actuellement fourni par le laboratoire de Karachi, qui a été reconnu laboratoire producteur de BCG par le Comité d'experts de l'OMS pour la Standardisation biologique.

Quatre projets de protection maternelle et infantile, comportant une aide de l'OMS et du FISE, ont été élaborés.* Le centre de démonstration et de formation de Lahore a fonctionné pendant toute l'année conformément aux plans établis, bien que son travail ait été sérieusement entravé pendant quelque temps par l'insuffisance des locaux destinés aux stagiaires. Les demandes d'inscription dépassent de beaucoup le nombre des places disponibles. Un comité a été créé pour faciliter la reprise du projet par le Gouvernement, lorsque l'aide de l'OMS aura pris fin en 1953. Un centre analogue a été établi à Peshawar en septembre 1952 ; après quelques difficultés initiales, lors du recrutement de personnel national capable de seconder l'équipe internationale, les travaux ont avancé de façon satisfaisante. Les centres de Dacca et de Karachi commenceront à fonctionner vers le milieu de 1953.

L'OMS a entrepris d'aider le Gouvernement dans sa lutte contre le choléra et dans ses recherches sur cette maladie au Bengale oriental. Les travaux ont commencé en août, lorsque le chef de l'équipe est arrivé sur les lieux.*

Le Gouvernement a poursuivi d'importants travaux antipaludiques après le départ du personnel de l'OMS en 1951. Le FISE a continué à livrer des fournitures.

Le conseiller régional a suggéré diverses mesures tendant à améliorer les services d'assainissement et les moyens de formation professionnelle.

Les premières dispositions ont été prises en vue d'établir à Pattoke une zone de formation pratique pour l'Institut d'hygiène du Pendjab. Une enquête a été effectuée dans la région et des recommandations ont été formulées par un expert-conseil venu du Siège. Un chef d'équipe sera nommé et dressera les plans définitifs avant la mise en marche des opérations proprement dites.*

Un conseiller principal, nommé par l'OMS, est arrivé à l'école d'infirmières de Dacca et deux autres monitrices le rejoindront au début de 1953.* Cette équipe collaborera à l'extension et au renforcement de l'école d'infirmières rattachée à l'hôpital universitaire de Dacca, afin d'obtenir un personnel infirmier à la fois plus nombreux et mieux qualifié. Le FISE procurera les fournitures nécessaires.

Le premier des professeurs chargés par l'OMS d'apporter leur concours au Gouvernement pour son projet d'aide aux écoles de médecine du Pakistan occidental est entré en fonctions. Le recrutement d'instructeurs pour renforcer l'enseignement des sciences médicales fondamentales des universités du Pakistan oriental progressait de façon satisfaisante.

Le centre de démonstrations antivénériennes de Karachi a commencé à fonctionner vers la fin de l'année.*

A la fin de l'année également, une infirmière avait été recrutée pour donner des avis au Gouvernement sur l'organisation des soins infirmiers.*

L'aide en matière de production industrielle de DDT et d'antibiotiques a été transférée à l'Administration de l'Assistance technique des Nations Unies.*

Douze bourses d'études ont été attribuées ; cinq * l'ont été au titre de l'assistance technique, quant aux sept autres, elles ont été administrées par l'OMS pour le compte du FISE.

Arabie Saoudite

L'équipe de conseillers paludologues* de l'OMS s'est mise à l'œuvre en mars 1952. Ses travaux se sont trouvés légèrement ralentis par le Ramadan et le Pèlerinage de La Mecque. D'autre part, certaines difficultés sont survenues en matière de transport et d'équipement. Sur la demande du Gouvernement, l'équipe a transféré son activité dans des secteurs non prévus à l'origine mais considérés comme immédiatement menacés. L'impossibilité pour le Gouvernement de recruter du personnel local homologue a obligé à remettre aux derniers mois de l'année l'exécution de l'enquête épidémiologique régulière ; cependant, la situation s'était un peu améliorée avant la fin de 1952. Dès le mois d'avril, l'enquête effectuée à Djeddah avait révélé l'existence de cinq espèces différentes d'anophèles et de quelques larves de *A. gambiae.*

L'établissement de la station quarantenaire de Djeddah * pour les pèlerins est devenu très urgent. L'OMS apporte son aide à ce projet; elle a fourni un spécialiste des questions de quarantaine et enverra un bactériologiste au début de 1953.

Une équipe chargée de collaborer avec le Gouvernement à la lutte antivénérienne * a été engagée et s'est mise au travail vers la fin de l'année. Des fournitures et du matériel ont déjà été livrés.

Trois bourses d'études ont été attribuées.

Somalie

Le conseiller paludologue régional s'est rendu en Somalie au mois d'août ; il a procédé à une enquête

et recommandé qu'une démonstration antipaludique soit organisée dans la région du cours inférieur du Shibeli. Cette région pourrait prendre un grand essor agricole si l'on parvenait à prémunir complètement la population contre le paludisme. Ces recommandations ont été soumises au Gouvernement qui, cependant, n'a pas encore adressé à l'OMS de demande officielle d'assistance.

Soudan

A la suite d'une demande urgente du Gouvernement, l'OMS a envoyé au Soudan deux membres du personnel du Bureau régional pour y participer à la lutte contre une épidémie exceptionnellement violente de méningite cérébro-spinale qui avait éclaté dans la province du Kordofan. Depuis un certain temps, il ne se passe pas d'année sans qu'une épidémie ne survienne dans le pays. Les études faites par les deux fonctionnaires de l'OMS et qui ont ensuite été complétées par l'enquête d'un expert-conseil ont montré qu'il serait possible de lutter efficacement contre la méningite cérébro-spinale dans les zones rurales du pays en recourant à la chimioprophylaxie (sulfamides ou pénicilline). Un plan d'opérations a été élaboré et il ne restait plus, à la fin de l'année, qu'à le faire approuver par le Gouvernement. Il s'agirait de renforcer le dispositif actuel par des mesures prophylactiques généralisées, de réduire le taux des porteurs de germes et de supprimer les infections asymptomatiques, ces mesures venant s'ajouter au traitement des malades. L'OMS envisage de fournir un épidémiologiste, un bactériologiste et six médecins de langue arabe pendant une période d'une année. Elle procurera, d'autre part, du matériel et des véhicules.

Le conseiller régional pour la vaccination par le BCG a effectué une enquête sur la fréquence de la tuberculose au Soudan et a constaté que cette maladie y était très répandue. Il a formulé des recommandations sur la base desquelles un plan a été établi : l'OMS et le FISE collaboreront à l'exécution d'un projet-pilote et une campagne de masse sera entreprise en 1953.* Il sera procédé à la détermination de l'allergie tuberculinique parmi différents groupes ethniques d'âges divers dans l'ensemble du pays. En outre, des avis consultatifs seront fournis en vue de la création d'un service permanent de vaccination par le BCG.

Une bourse d'études a été attribuée.

Syrie

L'OMS a participé à l'élaboration de trois nouveaux programmes en 1952 : création d'un centre antituberculeux de démonstration, établissement d'un centre de démonstration et de formation pour la protection maternelle et infantile * et, enfin, mise à exécution d'une campagne antipaludique.*

Le centre antituberculeux de démonstration et de formation a été inauguré à Damas en novembre, avec l'aide de l'équipe de l'OMS qui avait mis sur pied le centre d'Istamboul. Il a été prévu d'adjoindre à l'équipe, à la fin de l'année, une infirmière, un technicien de laboratoire, un statisticien et un bactériologiste ; de son côté, le Gouvernement procurera tous les bâtiments nécessaires pour l'installation du laboratoire de diagnostic de la tuberculose. Des bourses d'études seront accordées pour permettre à un médecin, à un spécialiste de la chirurgie thoracique et à une infirmière de suivre, au centre, un stage de formation pratique.

Bien que la création du centre de protection maternelle et infantile de Damas,* avec l'aide de l'OMS et du FISE, ait subi un certain retard, le personnel se trouvait sur les lieux, à la fin de l'année, le matériel avait été livré et le Gouvernement avait mis un excellent bâtiment à la disposition du centre, qui était en pleine activité. Ce centre, qui agira en étroite collaboration avec l'école d'infirmières de Damas, servira à former des infirmières de « casa » (infirmières de district), des infirmières et des sages-femmes.

L'équipe OMS/FISE qui avait commencé l'exécution d'un projet de lutte antipaludique à Homs pendant l'année dirigera également les opérations dans le district de la Djézireh pour lutter contre le paludisme et la bilharziose. Le plan définitif des travaux a été soumis au Gouvernement.*

L'infirmière-conseil de l'OMS a fourni, tant au Gouvernement qu'à l'école d'infirmières de Damas, une aide dans toutes les questions relatives au plein développement des services infirmiers et des services de formation professionnelle.* Elle a collaboré à l'établissement d'un registre des infirmières, des sages-femmes et des infirmières auxiliaires, ainsi qu'à la revision de la législation sur les soins infirmiers. Une enquête sur les ressources en personnel infirmier était ouverte à la fin de l'année et un manuel de soins infirmiers était en cours de traduction en langue arabe. Ce projet sera amplifié en 1953, lorsque des infirmières-monitrices, du matériel d'enseignement et des bourses d'études auront été fournis. L'OMS collaborera, d'autre part, à la création d'une nouvelle école d'infirmières à Alep.

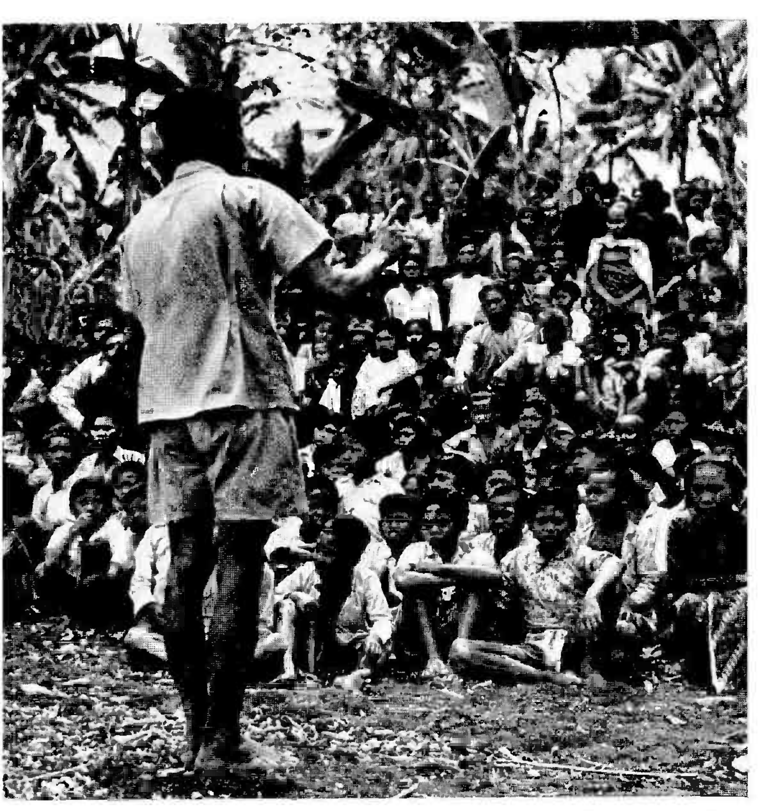
Des pourparlers ont été engagés avec le Gouvernement en prévision d'une campagne qui sera menée en 1953, avec l'aide de l'OMS et du FISE, contre le béjel et la syphilis.* Cette campagne complétera celle qui est poursuivie en Irak et elle est rendue nécessaire par les déplacements fréquents des populations nomades entre les deux pays.

Le conseiller régional pour l'assainissement a étudié les problèmes qui se posent à cet égard en Syrie.

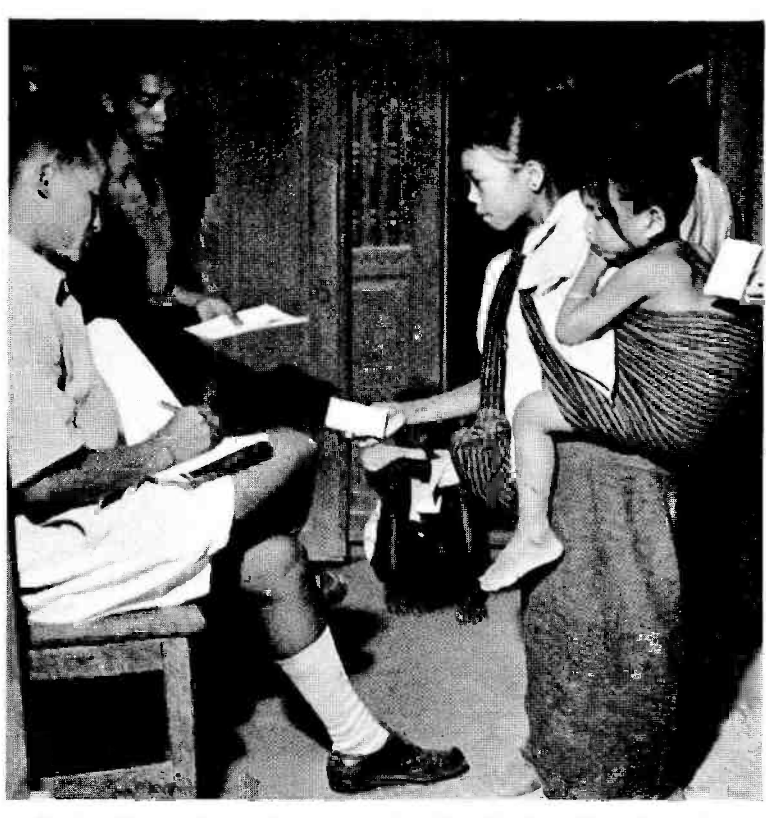
Cinq bourses d'études ont été attribuées, dont trois * au titre de l'assistance technique.

Yémen

Les négociations se sont poursuivies en vue de l'exécution d'un projet visant l'administration de la santé publique.*



L'équipe de lutte contre le pian prend contact avec un village à Java. Le chef du village demande aux habitants leur pleine collaboration.



On installe un dispensaire temporaire. Bientôt les villageois arrivent avec leurs enfants pour se faire examiner.

Le chef de l'équipe recherche les symptômes du pian sur une fillette. Celle-ci a sur la jambe l'ulcère révélateur.



La sérologiste de l'OMS fait un prélèvement. Le matériel nécessaire à cette campagne a été fourni par le FISE.





Etablissement d'une carte indiquant la répartition de *Anopheles maculipennis* pour le cours de formation antipaludique organisé à Lagos (Nigeria) avec l'aide du Service médical de la Nigeria.



Ces deux boursiers de l'OMS ont suivi le cours : ils essayent divers types d'insecticides.



Le cours s'étendait à tous les aspects de la lutte antipaludique, y compris les travaux de laboratoire.

LUTTE CONTRE LES INSECTES EN AMÉRIQUE CENTRALE

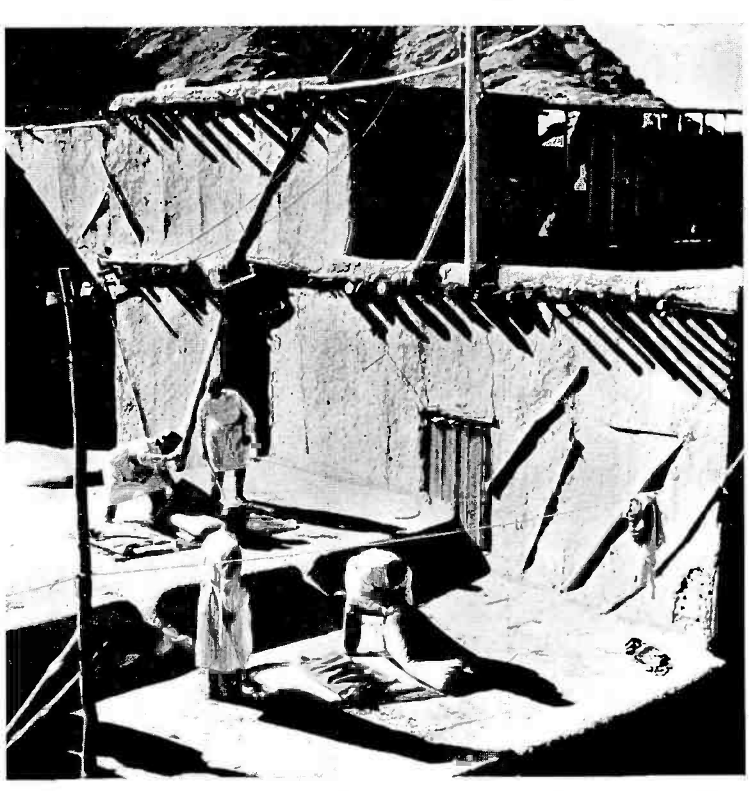


Recherche des larves d'*Aëdes aegypti* dans une citerne...



... et, dans la jungle, recherche des larves d'*Haemagogus*, moustique vecteur de la fièvre jaune sylvatique.

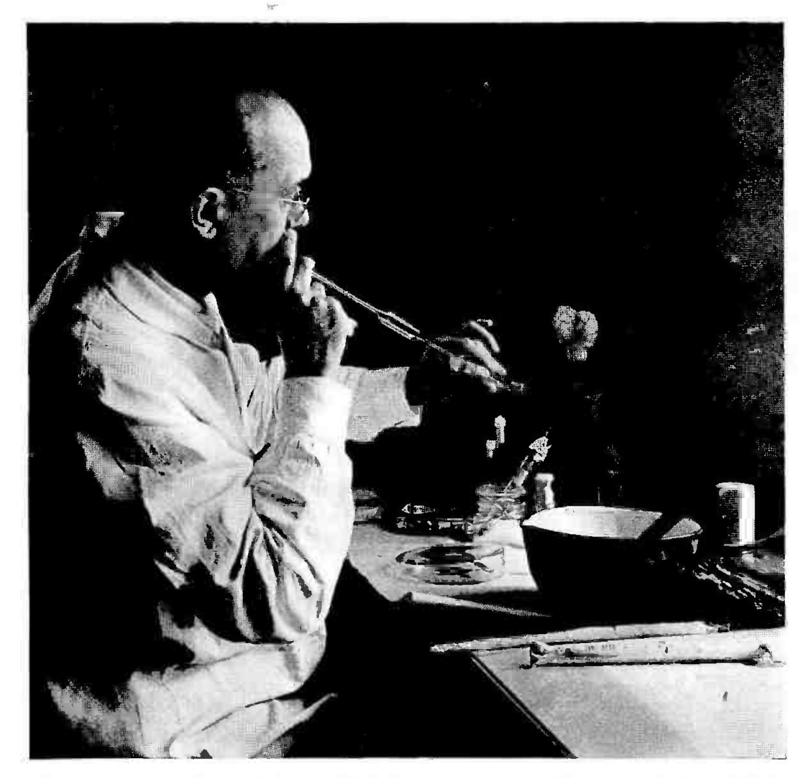
ATTAQUE DES RÉSERVOIRS D'INFECTION



ıboul : les membres d'une équipe afghane de lutte contre le typhus procèdent à l'épouillage des literies.



L'équipe de lutte contre la peste en action dans les taudis de Calcutta.



L'enseignement des techniques de laboratoire occupait une place importante dans le programme de la conférence. Le Dr Pierre Lépine, de l'Institut Pasteur de Paris, prépare du matériel.

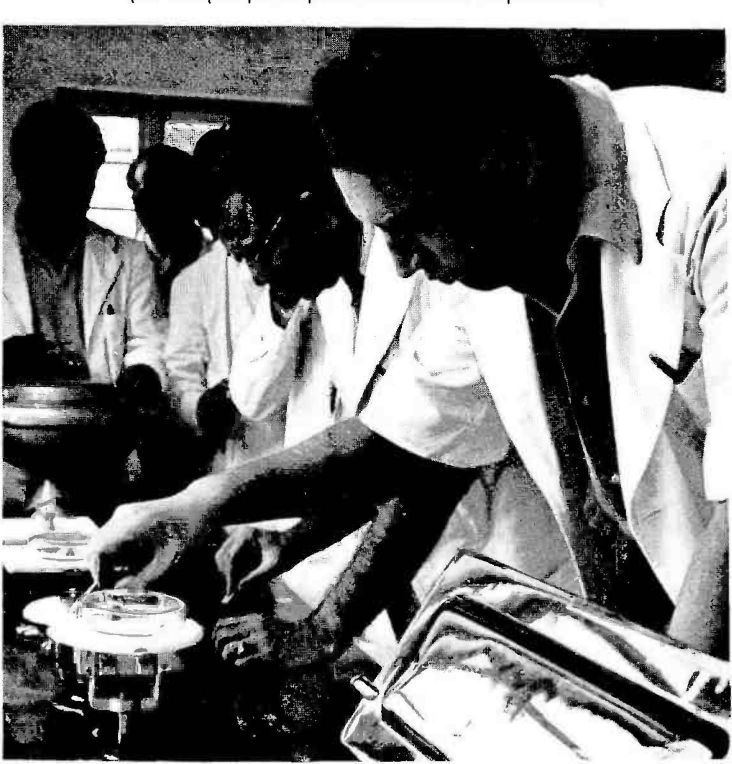
Injection de virus de la rage dans l'encéphale de souris anesthésiées. Deux autorités mondiales sur la rage, le Dr Harald Johnson, de la Fondation Rockefeller (gauche) et le Dr Hilary Koprowski, des Laboratoires Lederle de New-York (droite) procèdent à une démonstration.





Un groupe de participants s'initie directement aux nouvelles techniques d laboratoire.

Pesée de tissu cérébral prélevé sur des animaux infectés par la rage. C'est e suivant étroitement les instructions des chefs de discussions et de travau que chaque participant effectue ses expériences.



CHAPITRE 16

RÉGION DU PACIFIQUE OCCIDENTAL [1]

En 1952, l'Organisation régionale du Pacifique occidental n'a cessé de se développer et d'élargir ses activités. Au mois d'octobre, 53 projets étaient en cours d'exécution, contre 21 seulement en octobre 1951, et pour la première fois, des colloques régionaux ont été organisés dans la Région.

Au cours de l'année, des accords de base ont été signés avec deux pays, ainsi que dix-sept accords supplémentaires avec huit autres pays. Ces accords concernent des projets relatifs à l'enseignement infirmier, à la protection maternelle et infantile, aux soins lors des accouchements, aux hôpitaux, et à la lutte contre la tuberculose, le paludisme, la diphtérie, le pian et la bilharziose.

L'effectif du personnel attaché au Bureau régional a dû être augmenté pour faire face à l'accroissement de travail. Au début de décembre 1951, le personnel international comptait 13 membres, le personnel local 32 et le personnel de mission 16 personnes. En décembre 1952, l'effectif était de 19 membres pour le personnel international, de 44 pour le personnel local et de 37 pour le personnel de mission. Seize experts-conseils à court terme avaient été ou étaient employés et l'on procédait au recrutement de 28 autres fonctionnaires qui devaient être chargés de missions au début de 1953. Le personnel international occupé en 1952 comprenait des ressortissants des pays suivants : Australie, Belgique, Bolivie, Canada, Chili, Chine (Taïwan), Danemark, Espagne, Etats-Unis d'Amérique, Finlande, France, Grèce, Inde, Italie, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Philippines, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Suisse.

Les seize experts-conseils auxquels il a été fait appel étaient des spécialistes des matières suivantes : ophtalmologie, rage, enseignement infirmier, maladies vénériennes, bilharziose, malacologie, santé publique, enseignement de l'hygiène publique, statistiques médicales, construction des hôpitaux, santé mentale et soins aux enfants infirmes. Les Etats-Unis d'Amérique ont fourni huit de ces experts, et chacun des pays suivants : Canada, Ceylan, Israël, Malte, République fédérale d'Allemagne, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Suède, Suisse, en a fourni un.

Il a été décidé que toute personne engagée pour travailler dans la Région devrait tout d'abord se rendre au Bureau régional pour y recevoir des instructions et que, dans la mesure du possible, elle serait également installée au lieu où elle doit remplir sa mission par un membre du personnel permanent du Bureau régional.

Le Bureau régional s'est préoccupé d'utiliser au maximum les devises non convertibles. Pendant l'année, il a été possible de financer au moyen de crédits en monnaies plus faibles la plupart des activités dans les territoires britanniques non autonomes et dans les Etats associés d'Indochine. Un service d'archives satisfaisant a été créé, ainsi qu'une petite bibliothèque. Des améliorations ont été apportées aux installations matérielles du Bureau régional, mais les locaux sont insuffisants pour un personnel devenu plus nombreux ; aussi, des négociations ont-elles été entreprises en vue d'un agrandissement des bâtiments et d'une prolongation du bail.

L'accord conclu avec le Gouvernement des Philippines en tant que pays d'accueil a été approuvé par la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé. Après un échange de lettres avec le Gouvernement des Philippines, cet accord a été ratifié et il est entré en vigueur.

Le Comité régional a tenu sa troisième session à Saïgon au mois de septembre. Pour la première fois, tous les Etats Membres de la Région avaient envoyé des représentants. Ont également assisté à cette réunion des représentants de nombreuses administrations gouvernementales. La délégation du Royaume-Uni comprenait des représentants des quatre administrations coloniales de la Région, et la délégation de la France et celle du Portugal des représentants locaux de deux administrations sanitaires. Les Etats-Unis d'Amérique avaient envoyé un observateur. Les Nations Unies (y compris l'Administration de l'Assistance technique, l'Agence des Nations Unies pour le Relèvement de la Corée et le FISE), la FAO et l'UNESCO s'étaient fait représenter ; la Mutual Security Agency, la Fondation Rockefeller, l'Union internationale contre le Cancer, l'Union internationale contre le Péril vénérien, l'Association médicale mondiale, l'Association internationale de Prophylaxie de la Cécité, le Conseil international des Infirmières, l'American College of

[1] La Région, telle qu'elle a été délimitée par la Première Assemblée Mondiale de la Santé (*Actes off. Org. mond. Santé*, **13**, 80, 330), et compte tenu des modifications apportées par les résolutions WHA3.118 et WHA4.86, comprend les pays suivants : Australie, Cambodge, Chine, Corée, Japon, Laos, Nouvelle-Zélande, Philippines, Viet-Nam et, provisoirement, la Malaisie.

Chest Physicians, la Fédération dentaire internationale, le Comité international de la Croix-Rouge, la Croix-Rouge vietnamienne et la Croix-Rouge française avaient envoyé des observateurs.

En adoptant le programme et le budget de 1954, le Comité a autorisé le Directeur régional à établir un ordre de priorité pour l'exécution des divers programmes, d'après les critères établis par le Comité, au cas où les fonds disponibles ne permettraient pas d'entreprendre la réalisation de tous les projets proposés. Au cours de la session, des discussions techniques ont eu lieu sur la formation professionnelle du personnel de santé publique dans la Région.

Pendant toute l'année, le Bureau régional a utilement collaboré avec les Nations Unies, notamment avec le FISE et avec les diverses institutions spécialisées. L'OMS, avec le concours du FISE, a fourni une assistance aux Gouvernements de Brunéi, du Cambodge, de la Chine (Taïwan), de Hongkong, de la Malaisie, du Nord-Bornéo, des Philippines, de Sarawak, de Singapour et du Viet-Nam ; un administrateur de santé publique envoyé par l'OMS au Viet-Nam a également représenté le FISE auprès des Etats associés d'Indochine. En Chine (Taïwan), aux Philippines, au Viet-Nam, la collaboration avec les autres organisations a été facilitée par l'établissement de comités de coordination, dont la tâche principale consistait à aider les gouvernements à éviter les doubles emplois dans les programmes sanitaires.

Un représentant de l'assistance technique est à demeure dans la Région. Il réside aux Philippines et a assuré une liaison satisfaisante en ce qui concerne les projets d'assistance technique exécutés dans ce pays. Vers la fin de l'année, les Nations Unies ont nommé un fonctionnaire de liaison pour l'Australie et la Nouvelle-Zélande, avec résidence à Sydney. On s'est efforcé de réaliser une collaboration plus étroite avec le Secrétariat du Colombo Plan.

Le Directeur général a visité Hong-kong, le Japon, les Philippines et Singapour.

Le Bureau régional a distribué 40.000 exemplaires de différents documents d'information rédigés en quatre langues ; il a traduit en chinois plusieurs publications et distribué plus de 7.000 exemplaires de l'édition chinoise de la *Chronique* de l'OMS ; quarante communiqués de presse sur les activités de l'OMS ont été publiés et une série d'émissions radiophoniques a été organisée, pour laquelle on a utilisé des enregistrements établis à Genève pendant les sessions de l'Assemblée de la Santé et du Conseil Exécutif, ainsi que d'autres enregistrements effectués sur place. Des photographies montrant l'activité de l'OMS ont été exposées en Australie, en Nouvelle-Zélande, aux Philippines, à Singapour et au Viet-Nam. Une propagande au moyen d'affiches et de drapeaux a été entreprise à l'occasion de la session du Comité régional et, dans plusieurs pays, lors de la célébration de la Journée des Nations Unies. Pour la Journée mondiale de la Santé, le Bureau régional a beaucoup facilité la tâche d'un certain nombre de pays en leur envoyant des affiches, des brochures, des dépliants et autres imprimés, qui ont été utilisés pour des interviews de presse, des causeries à la radio, des conférences publiques, des représentations cinématographiques et des leçons dans les écoles.

Exposé général des activités de l'OMS dans la Région

L'Organisation a eu pour objectif principal d'aider à résoudre les problèmes sanitaires les plus urgents, sans s'écarter de la ligne de conduite et des principes généraux qu'elle a adoptés. Seul un petit nombre de pays avaient conçu des programmes sanitaires de longue haleine auxquels elle pouvait collaborer. Toutefois, un gouvernement lui a demandé de l'aider à définir ses besoins sanitaires, et cette enquête devrait aboutir à l'établissement d'un programme à long terme.

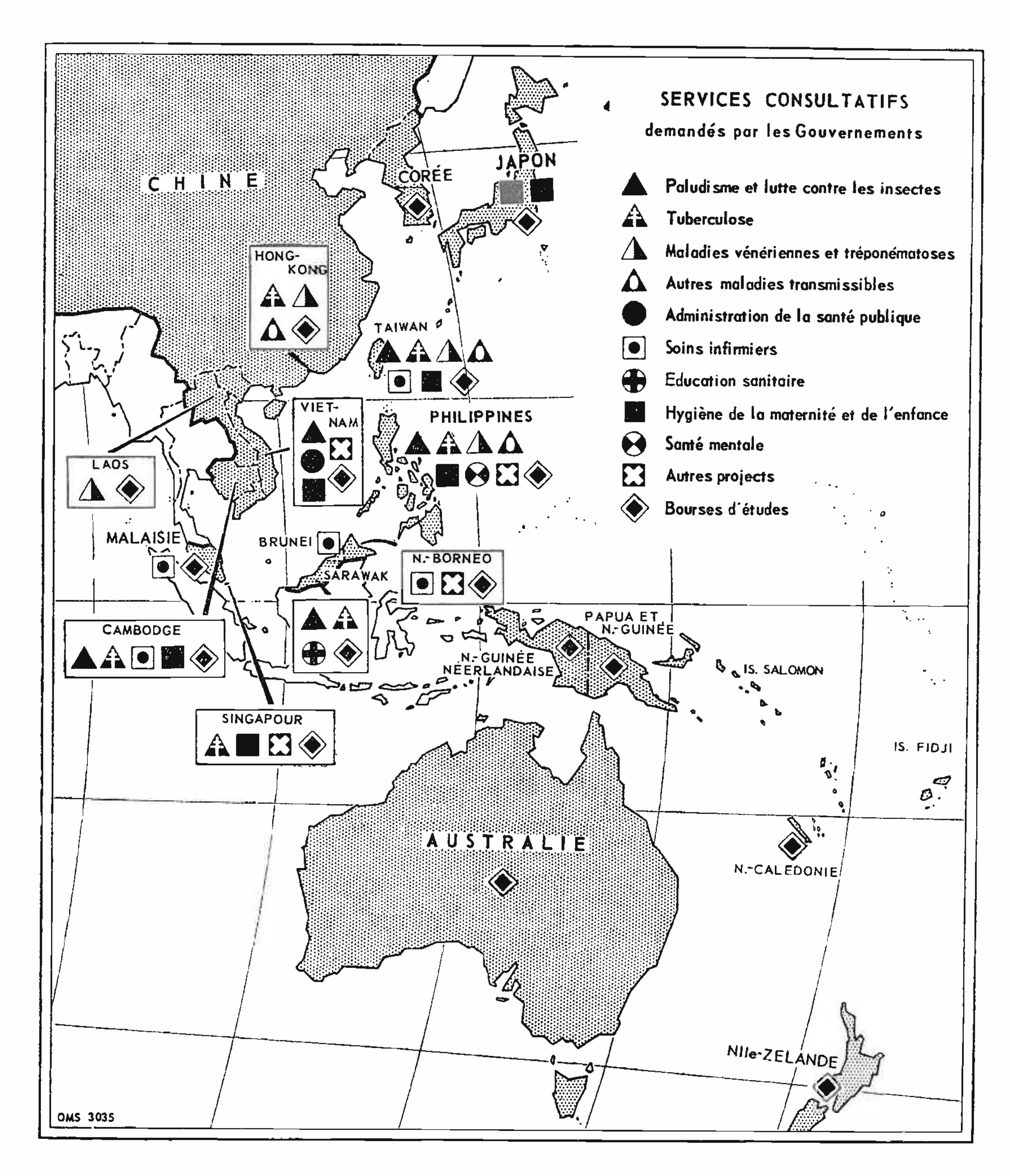
Il a néanmoins été possible de faire certaines constatations d'ordre général. Par exemple, c'est dans le domaine des soins infirmiers que les projets d'assistance ont été les plus nombreux ; on a enregistré également beaucoup de programmes de lutte contre la tuberculose et le paludisme. D'autre part, l'une des caractéristiques intéressantes des projets antipaludiques a été l'octroi d'une aide à deux pays pour des recherches sur le terrain ; le projet de lutte contre la bilharziose exécuté aux Philippines comportait des recherches du même genre. Ces temps derniers, une plus grande attention a été accordée aux questions d'assainissement. D'autre part, de nombreux projets comprenaient l'éducation sanitaire de la population. Au cours de l'année, un programme de formation dans ce domaine a été élaboré et un conférencier a été mis à la disposition de l'Université de Malaisie.

Au Cambodge, en Corée, au Laos, en Malaisie, aux Philippines et au Viet-Nam, l'action sanitaire a été gênée par des troubles politiques allant de la simple dispute au conflit ouvert. La nature géographique de nombreux secteurs de la Région, où de petites collectivités vivent sur des îles de faible superficie, souvent très éloignées des archipels et parfois plus encore du continent, constitue un autre obstacle aux activités des gouvernements et de l'Organisation.

Le recrutement de personnel possédant les qualifications requises a coûté de grands efforts. Malgré le nombre élevé des candidats aux postes de certaines catégories, le choix a presque toujours dû se limiter

CARTE 11. RÉGION DU PACIFIQUE OCCIDENTAL

Activités entreprises par l'OMS en 1952, y compris les activités communes



à quelques personnes possédant les compétences voulues. Le manque de personnel qualifié a maintes fois retardé la mise en œuvre de certains projets, notamment de ceux qui avaient trait aux soins infirmiers et pour lesquels il aurait fallu disposer, à la fin de l'année, de 22 moniteurs ou monitrices, alors que l'on n'avait pu en recruter que 13.

L'action antituberculeuse, notamment la vaccination par le BCG, a été intensifiée. L'OMS a contribué à l'établissement de plans de campagnes de vaccination par le BCG à Brunéi, au Cambodge, au Nord-Bornéo et au Viet-Nam ; les gouvernements et le FISE ont été consultés et l'exécution de certains de ces projets a commencé avant la fin de l'année. Une campagne de vaccination en série a été entreprise à Sarawak ; une autre s'est poursuivie aux Philippines, où les travaux avaient commencé à la fin de 1951. Des campagnes ont été menées à bonne fin en Chine (Taïwan) et à Hong-kong.

Le laboratoire d'Alabang, près de Manille, agréé

par l'OMS comme laboratoire pour la production du BCG, fabrique des quantités de vaccin suffisantes non seulement pour la campagne aux Philippines, mais aussi pour l'exportation à Hong-kong et à Taïwan. Le laboratoire de BCG à l'Institut Pasteur de Saïgon a également été agréé par l'Organisation ; son vaccin sera utilisé au Cambodge et au Viet-Nam. Le laboratoire de Taïpeh, dont le directeur a accompli, sous les auspices de l'OMS, un voyage d'étude aux Etats-Unis d'Amérique, en Europe et aux Philippines, a également commencé la production de vaccin ; des dispositions ont été prises pour qu'un expert-conseil de l'OMS en BCG inspecte ce laboratoire et visite également le Japon où le BCG est préparé en très grandes quantités. Pour les campagnes menées en Malaisie et à Singapour, on a utilisé le vaccin préparé à Madras.

Au mois de novembre, le conseiller régional pour l'action antituberculeuse et le chef de l'équipe envoyée à Sarawak ont participé à une conférence sur la tuberculose qui s'est tenue à Alexandrie (voir page 14). Des invitations ont été lancées en vue d'une conférence pan-pacifique sur les problèmes de la tuberculose, qui doit avoir lieu à Manille en avril 1953 ; l'OMS apporte une aide considérable au Gouvernement des Philippines pour l'organisation de cette conférence.

Bien que l'OMS consacre la majeure partie de son activité d'ordre consultatif aux campagnes de vaccination par le BCG, elle a envisagé d'intensifier l'aide aux gouvernements pour d'autres actions entreprises dans le domaine de la lutte antituberculeuse (enquêtes, traitement, travail de dispensaire et chirurgie thoracique).

Le paludisme demeure un problème majeur de santé publique dans la Région, sauf dans l'extrême nord, dans l'extrême sud ainsi que dans les îles du Pacifique où il n'y a pas d'anophèles. Au cours de l'année, l'OMS a apporté sa collaboration aux campagnes de lutte contre le paludisme et les insectes entreprises au Cambodge, à Taïwan, aux Philippines, à Sarawak et au Viet-Nam. Les projets exécutés au Cambodge et au Viet-Nam sont la continuation de ceux qui sont décrits dans les rapports annuels précédents. Au mois de mai, un programme de quatre ans a été entrepris à Taïwan, en vue de l'extirpation définitive du paludisme dans cette île. L'objectif principal des projets antipaludiques conçus pour les Philippines et Sarawak est de déterminer si l'emploi d'insecticides à effet rémanent permet ou non de combattre *A. minimus flavirostris* et *A. leucosphyrus*. Dans l'affirmative, les conséquences économiques seront considérables. Le personnel international affecté à l'un et l'autre projet forme un personnel local aussi nombreux que possible afin que le travail puisse continuer et se développer après le départ de l'équipe envoyée par l'OMS. Dans de nombreux pays de la Région, l'emploi d'insecticides à effet rémanent n'a pas donné de résultats aussi satisfaisants que dans la plupart des autres parties du monde (voir page 12). C'est pourquoi les projets mis à exécution dans le Pacifique occidental ont visé moins à démontrer l'emploi d'insecticides à effet rémanent qu'à déterminer leur efficacité pratique.

Au cours de l'année, trois experts-conseils pour les maladies vénériennes et les tréponématoses ont été engagés pour une courte durée et un spécialiste du Siège a fait un bref voyage dans la Région. Des avis ont été donnés aux autorités de Hong-kong, des Philippines et de Taïwan sur l'amélioration de leurs services antivénériens ; à Taïwan, on se propose d'organiser des démonstrations pratiques de lutte antivénérienne, qui seront effectuées avec le concours de l'OMS et du FISE. Un autre plan a été élaboré avec le Gouvernement du Laos en vue d'une campagne contre le pian dans les provinces de Pakse, Saravane, Savannakhet et Takhet. Aux Philippines, il a été recommandé de développer la campagne de masse contre le pian ; des plans ont été établis à cet effet avec le FISE.

L'action prévue dans le domaine de l'ophtalmologie a commencé. Un expert-conseil, engagé pour une brève durée et chargé d'aider à préparer un plan de campagne contre le trachome à Taïwan, a également donné des conseils aux autorités de Hong-kong, procédé à une étude sur la conjonctivite aux Philippines et visité Sarawak vers la fin de l'année, afin de fournir des avis aux autorités sur le développement des services ophtalmologiques.

Bien que plusieurs maladies quarantenaires sévissent dans la Région, l'assistance de l'OMS n'a été sollicitée qu'à propos de la peste. La Chine (Taïwan) avait demandé l'envoi d'un spécialiste de la prophylaxie de la peste pour étudier cette question dans les Iles Kinmen mais, en raison des difficultés que présentait le recrutement de cet expert, l'OMS a attribué une bourse d'études qui permettra à un médecin du pays d'étudier la production du vaccin antipesteux et les méthodes de lutte contre les rats et les puces aux Iles Hawaï et dans l'Inde. A sa session de 1952, le Comité régional a décidé qu'une enquête sur la variole devrait être effectuée dans certains pays en vue de déterminer les mesures à prendre dans chacun d'eux pour assurer, dans la Région tout entière, la prophylaxie nécessaire.

Des études sur la bilharziose ont été effectuées dans le courant de l'année. *Schistosoma japonicum* se rencontre à Célèbes (Région de l'Asie du Sud-Est), au Japon, aux Philippines et à Taïwan, mais le problème diffère d'un pays à l'autre : à Taïwan, on n'a pas signalé de cas d'infection chez l'homme ; au Japon, il y a lieu de penser que la bilharziose peut être efficacement combattue par l'emploi de molluscocides; aux Philippines, en revanche, l'efficacité de ces produits est encore insuffisamment établie pour en justifier l'emploi et des études pratiques ont été entreprises sur place.

Les gouvernements de nombreux pays de la Région ont demandé l'assistance de l'OMS en vue

de la formation professionnelle d'infirmières. L'Organisation a renforcé l'aide qu'elle accordait aux écoles d'infirmières de Malaisie et du Nord-Bornéo (décrite dans le dernier Rapport annuel) en leur envoyant un nombre plus considérable d'infirmières-monitrices. En outre, plusieurs projets nouveaux d'enseignement infirmier ont été entrepris : à Brunéi, une infirmière-monitrice a collaboré à la mise en train d'un programme de formation d'aides-infirmières ; au Cambodge, une équipe d'infirmières-monitrices et un spécialiste de l'hygiène de la maternité et de l'enfance ont aidé le Gouvernement à établir la première école d'infirmières de ce pays et à organiser un programme de formation professionnelle pour les sages-femmes et les infirmières de santé publique ; du personnel supplémentaire a été envoyé à Taïwan pour renforcer l'enseignement infirmier et pour développer la formation professionnelle pour les soins infirmiers de santé publique ; enfin, une sage-femme monitrice s'est rendue à Singapour afin de donner des conseils pour l'établissement d'un programme d'enseignement des soins d'accouchement.

Le premier colloque sur l'enseignement infirmier, organisé dans la Région du Pacifique occidental, a eu lieu à Taïwan, au mois de novembre. Ce colloque, placé sous les auspices de l'OMS, dans le cadre du programme d'assistance technique, a réuni 29 infirmières-monitrices venant de 12 pays différents. La méthode du « workshop » a été reconnue comme un moyen d'enseignement nouveau et efficace. La participation active du gouvernement du pays d'accueil ainsi que la collaboration de l'UNESCO et du FISE ont été extrêmement utiles ; l'intérêt et même l'enthousiasme dont ont fait preuve les gouvernements participants et les infirmières qui ont assisté à la réunion permettent de bien augurer de l'organisation des futurs colloques sur les soins infirmiers.

En 1952, l'exécution des projets visant l'hygiène de la maternité et de l'enfance s'est poursuivie, avec le concours du FISE. Au Cambodge et au Viet-Nam, des plans ont été élaborés pour la création de centres de protection maternelle et infantile, d'un service de pédiatrie, d'écoles d'infirmières et de sages-femmes et pour la livraison de matériel (le projet intéressant le Cambodge constitue une extension du projet de démonstrations amorcé à la fin de 1951). La mise en œuvre d'un programme de protection maternelle et infantile a débuté à Taïwan, et on envisageait de donner aide et conseils au Japon sur les soins à donner aux enfants prématurés. A Hong-kong, un projet sera sans doute mis à effet au début de 1953. Durant l'année, des projets auront donc été entrepris dans quatre pays pour la protection maternelle et infantile, ce qui témoigne du développement important des activités de la Région.

Outre le colloque sur l'enseignement infirmier mentionné plus haut, le Bureau régional a également organisé un colloque sur les statistiques démographiques et sanitaires, qui a eu lieu à Tokio, avec la collaboration des Nations Unies et du Gouvernement japonais. Cette réunion a permis de donner une formation pratique supplémentaire à des statisticiens de huit pays de la Région.

Dix personnes de cinq pays différents du Pacifique occidental ont participé à la conférence d'étude et au colloque inter-régionaux sur la rage qui ont eu lieu à Coonoor (Inde). Des ressortissants de pays du Pacifique occidental ont assisté à diverses autres conférences régionales : au symposium sur le pian, à Bangkok (Thaïlande), et au colloque sur la santé mentale et le développement du jeune enfant qui s'est tenu à Chichester (Angleterre).

En 1952, 63 bourses d'études individuelles et 53 bourses collectives ont été attribuées à des candidats de 17 pays et territoires ; 43 de ces bourses ont été accordées dans le cadre du programme ordinaire et 73 au titre de l'assistance technique.

En ce qui concerne la formation en santé publique, une assistance a été fournie aux universités de Malaisie et des Philippines, et l'on s'est préoccupé de développer les moyens d'enseignement dont disposent ces deux institutions.

Activités entreprises par les gouvernements avec l'aide de l'OMS

Les activités qui ont été ou qui doivent être financées au moyen des fonds de l'assistance technique sont marquées d'un astérisque.

Australie

Trois bourses d'études individuelles et sept bourses pour la participation à des colloques ont été attribuées à des candidats australiens. Des plans ont été établis en vue de l'organisation d'un colloque sur la santé mentale, à Sydney, en septembre 1953.

Brunéi

A l'Hôpital de l'Etat, une infirmière-monitrice de l'OMS a commencé à former des infirmières auxiliaires (assistant nurses) et des aides-infirmières (assistant dresses), afin de constituer le personnel indispensable pour les soins aux malades.* Cons-

cientes de l'intérêt social de cette tâche, des jeunes femmes ayant reçu un excellente instruction suivent ces cours professionnels. Il est prévu de former des élèves dans une école de soins infirmiers lorsque le niveau général de l'instruction aura été amélioré.

Au cours de l'année, on a mis au point les plans d'une campagne de vaccination par le BCG, d'une durée de trois mois, qui sera menée par le Gouvernement avec l'assistance de l'OMS et du FISE. Les fournitures et le matériel seront procurés par le FISE et l'équipe internationale se rendra dans la ville de Brunéi en 1953. Une compagnie pétrolière locale, dont le service médical est très bien organisé, collaborera probablement à cette campagne, que le Gouvernement compte poursuivre dans les limites de ses ressources lorsque la participation internationale aura pris fin.

L'OMS a élaboré des plans pour aider à l'exécution d'un projet antipaludique à Brunéi ; une enquête préliminaire sera entreprise au début de 1953.

Cambodge

L'OMS et le FISE apportent leur concours au Gouvernement du Cambodge pour une campagne de vaccination par le BCG, dont le plan a été mis au point et signé. On compte que la campagne sera entreprise au début de 1953 : le FISE a envoyé des fournitures et du matériel ; les équipes locales sont prêtes et l'équipe internationale est arrivée au mois de décembre. La campagne, qui se rattache étroitement à celle qui sera menée au Viet-Nam, durera dix-huit mois.*

L'exécution d'un projet relatif à l'administration de la santé publique s'est trouvée retardée par suite de difficultés de recrutement.

Des cours et des démonstrations sur l'hygiène de la maternité et de l'enfance ont eu lieu conformément au plan établi.* Le spécialiste envoyé à cet effet par l'OMS a donné des conférences de pédiatrie et d'obstétrique à l'Ecole d'officiers de santé et les étudiants de dernière année ont également assisté à des démonstrations pratiques. Des bourses ont été accordées à deux médecins cambodgiens directement intéressés au projet, pour leur permettre d'étudier hors de la Région. La participation, à tous les échelons, a été excellente et les questions de protection maternelle et infantile ont éveillé un intérêt manifeste. Le Gouvernement a approuvé des plans pour la construction d'un hôpital d'enfants à Pnom-Penh, capitale du Cambodge.

L'équipe d'infirmières-monitrices a attentivement étudié les besoins du pays et, en préparant un programme à longue échéance d'enseignement infirmier, elle a déterminé le nombre des élèves qui pourront être recrutées. Le plan prévoit quatre catégories d'élèves : infirmières professionnelles, infirmières sages-femmes, sages-femmes de village et infirmières auxiliaires. Le centre sanitaire et le service de pédiatrie de Pnom-Penh a été doté de moyens d'enseignement plus développés. L'on envisage la création d'une école d'infirmières et de sages-femmes qui s'ouvrira dès que le personnel nécessaire aura été recruté.

Le personnel de l'OMS stationné au Cambodge a donné des conférences à l'Ecole d'officiers de santé. D'autre part, des dispositions ont été prises pour l'acquisition d'ouvrages destinés à la bibliothèque de l'école. A la fin de l'année, on étudiait la possibilité de renforcer le corps enseignant par des chargés de cours qui seraient engagés par l'OMS.*

L'équipe de l'OMS chargée de la lutte contre le paludisme et les insectes et dont le quartier général se trouve à Pnom-Penh a travaillé dans certaines parties des provinces de Kompong-Cham, Takeo et Siem-Reap.* Le paludologiste qui dirige la mission et l'hygiéniste attaché à celle-ci ont parcouru le pays dans toute la mesure où les conditions de sécurité locale le permettaient. En 1952, l'équipe a traité par pulvérisations les logements de près de 19.000 personnes ; si les conditions sont favorables, elle assurera de la même manière, en 1953, la protection de 22.000 autres personnes. Du personnel local a été formé aux divers travaux que comporte la lutte antipaludique et l'équipe donnera probablement aux élèves de l'Ecole d'officiers de santé des notions sur le paludisme et la parasitologie, avec la collaboration du personnel enseignant.

Trois bourses d'études ont été attribuées au titre de l'assistance technique.*

Chine (Taïwan)

L'île de Taïwan possède un réseau d'hôpitaux, de centres et de stations sanitaires. Le personnel sanitaire est en nombre à peu près suffisant, mais sa compétence laisse à désirer. Des bourses d'études ont été attribuées durant l'année afin de permettre à des candidats qualifiés d'étudier dans la Région ou en dehors de celle-ci ; beaucoup de boursiers qui parlent le japonais ont été envoyés au Japon. L'OMS a également envoyé des experts et fourni le matériel indispensable pour l'enseignement et les démonstrations. Le FISE a collaboré à l'exécution de quelques-uns de ces projets, et l'OMS a donné des avis techniques pour plusieurs projets du FISE.

L'équipe de l'OMS chargée de l'enseignement infirmier prête son concours à l'école d'infirmières rattachée à l'Université nationale de Taïpeh.* Les membres de l'équipe ont enseigné les soins infirmiers (soins généraux, soins de maternité, soins aux enfants et soins chirurgicaux) à l'école d'infirmières ; de son côté, le chef de l'équipe internationale a aidé à coordonner la formation en santé publique dispensée dans le cadre du projet de protection maternelle et infantile avec l'enseignement donné aux élèves-infirmiers de l'école. Le projet comporte également des cours d'entretien destinés au personnel diplômé, et l'on recrutera à cet effet une monitrice des soins infirmiers médicaux. Des bourses d'études

sont prévues pour préparer des infirmières locales à des fonctions d'enseignement.

Le colloque sur l'enseignement infirmier* qui a été organisé à Taïwan est décrit à la page 14.

L'exécution du projet de protection maternelle et infantile auquel l'OMS et le FISE prêtent leur concours a commencé à Taïchoung, dans les premiers jours d'août.* L'équipe de l'OMS comprend un spécialiste de la protection maternelle et infantile, une infirmière de santé publique et une infirmière sage-femme. A l'échelon provincial, le Gouvernement a institué un comité d'hygiène de la maternité et de l'enfance ; l'hôpital provincial, les centres, stations et sous-stations sanitaires de Taïchoung Hsien ont été englobés dans ce projet. La formation, en cours d'emploi, de toutes les catégories de personnel a commencé, et on a également formé les élèves-infirmières visées par le projet d'enseignement infirmier auquel l'OMS apporte sa collaboration et qui se rendent à Taïchoung pour s'initier aux aspects pratiques du travail de santé publique. La population a manifesté un vif intérêt pour ces activités et elle a fait preuve d'un excellent esprit de collaboration.

L'OMS a donné son approbation technique à l'octroi par le FISE d'une aide pour une campagne de vaccination antidiphtérique, anticoquelucheuse et antitétanique, qui s'étendra à l'île tout entière ; cette campagne débutera dans le Taïchoung Hsien.

Des experts-conseils de l'OMS ont aidé le Gouvernement à enquêter sur les moyens dont dispose le pays pour l'action antivénérienne et sur l'assistance dont il aurait besoin. A la fin de l'année, un accord était négocié en vue d'un projet de démonstrations antivénériennes auxquelles participeront le FISE et l'OMS et qui fera partie intégrante de l'activité des services sanitaires provinciaux.*

Un expert-conseil à court terme a été envoyé pour donner des avis au Gouvernement sur l'exécution d'un projet de lutte contre le trachome, principalement chez les enfants. La phase de démonstration, pour laquelle l'assistance du FISE a été également requise, a débuté et le travail porte sur les écoliers de Taïpeh ; plus tard cette activité sera élargie, au fur et à mesure que du personnel local sera formé, et s'étendra à l'île tout entière.

Le recrutement d'un expert international de la peste ayant présenté des difficultés, une bourse d'études sera accordée à un candidat qualifié pour lui permettre d'étudier la lutte contre les puces et les rats et les autres aspects de la prophylaxie de la peste, y compris la préparation du vaccin.*

L'OMS apporte son concours à un projet de lutte contre le paludisme et les insectes, dont l'exécution a débuté le 15 mai et qui vise à l'extirpation définitive du paludisme dans l'île.* Ce projet, qui s'étendra sur quatre années, comprend l'initiation de personnel local aux diverses phases de l'action dirigée contre le paludisme et les insectes, notamment à l'emploi des insecticides. On envisage d'intégrer le service antipaludique dans les services sanitaires locaux. Durant l'année, l'équipe a traité, au total, quelque 21.500 bâtiments et assuré la protection de plus de 155.000 personnes ; pour 1953, la protection doit s'étendre à 1.503.000 individus. On compte qu'à la fin de la quatrième année de travail (en 1955), l'équipe aura pratiquement atteint toute la population impaludée de l'île, soit, d'après les estimations, environ 5.300.000 habitants.

La campagne de vaccination en série par le BCG était déjà très avancée à la date du 1er janvier 1952 ; à ce moment 683.700 personnes avaient été testées et 455.450 vaccinées. A la fin du mois de mars, lorsque l'équipe internationale acheva son travail, 21 équipes locales avaient été formées et quelque 848.700 personnes (comprenant la plupart des écoliers et de nombreux enfants d'âge préscolaire) avaient été soumises à la tuberculinoréaction et environ 555.000 vaccinées. La campagne a alors été poursuivie par le Gouvernement, avec le matériel et les fournitures procurées par le FISE et suivant les conseils et les directives techniques de l'OMS. Les services d'un statisticien ont été fournis durant les mois de septembre et octobre pour améliorer l'établissement des statistiques. A la fin de septembre, plus de 1.284.000 personnes avaient été testées et 852.875 vaccinées. Sur 11.800 personnes vaccinées et testées à nouveau, le taux général de virage obtenu a été de 78,5 % avec 5 unités de tuberculine. On a, toutefois, observé que le taux variait sensiblement suivant les lots de vaccin et selon les équipes. Le taux de conversion a été beaucoup plus faible pour un groupe de bébés vaccinés par scarification et piqûres multiples.

Au début de l'année, le laboratoire de production du BCG, construit par le Gouvernement à Taïpeh, a été entièrement équipé par le FISE et d'autres organisations. Le spécialiste chargé de le diriger est revenu d'un voyage d'étude pour lequel une bourse lui avait été accordée, et la production du vaccin a commencé au début de juin. Ce laboratoire a demandé à être inspecté en vue d'obtenir l'approbation de l'OMS. Entre temps, le vaccin nécessaire pour l'exécution du projet est importé de Manille.

Pendant l'année, vingt-sept bourses d'études ont été attribuées, dont sept * au titre de l'assistance technique.

Hong-kong

L'établissement des plans préliminaires pour un projet de protection maternelle et infantile a été mené à bonne fin.* Quand l'accord y relatif aura été signé, quatre experts-conseils recrutés internationalement se rendront à Hong-kong pour sa mise en œuvre. L'action, qui portera avant tout sur l'hygiène scolaire et l'éducation sanitaire de la population, sera étroitement associée à l'activité des centres de protection maternelle et infantile auxquels le FISE procure du matériel et des fournitures.

Des vaccinations par le BCG, avec l'assistance de l'OMS et du FISE, avaient été prévues à la fin de 1951 ; une campagne de brève durée, mais couronnée de succès, a été menée d'avril à juin 1952. Pendant cette période, l'équipe internationale a formé des équipes locales ; en deux mois seulement, près de 100.000 personnes ont été testées et 17.400 vaccinées. En outre, 860 personnes environ ont été testées à l'histoplasmine ; deux seulement ont été reconnues positives. Le Gouvernement poursuit la campagne de vaccination au BCG. En décembre, le conseiller pour la tuberculose et le chef de l'équipe de vaccination au BCG se sont rendus une deuxième fois à Hong-kong pour donner des avis et une aide au Gouvernement au sujet de la vaccination des nouveau-nés.

Des experts-conseils engagés par l'OMS pour une courte période ont visité le pays en vue d'échanger des informations et de donner des avis sur le renforcement des services antivénériens de Hong-kong.

Un autre expert-conseil à court terme a collaboré à l'enquête sur le problème du trachome et donné des avis sur les méthodes prophylactiques.

L'OMS a donné des avis techniques concernant un projet d'immunisation contre la diphtérie, auquel le FISE collaborait.

Trois bourses d'études ont été attribuées, dont deux * au titre de l'assistance technique.

Japon

Un spécialiste de la réadaptation des enfants infirmes, qui a été engagé par l'OMS en qualité d'expert-conseil à court terme, s'est rendu au Japon en novembre pour s'enquérir des besoins et des ressources disponibles et donner des avis en vue d'élargir le programme pour les enfants physiquement diminués et d'y inclure le traitement des victimes de la poliomyélite. En vue de former le personnel nécessaire à l'exécution de ce projet, on a attribué des bourses pour des études supérieures en dehors de la Région. L'OMS a procuré des quantités peu importantes de matériel d'enseignement et de fournitures ; le Gouvernement a demandé au FISE l'envoi de fournitures supplémentaires. En 1953, d'autres experts-conseils de l'OMS se rendront au Japon pour collaborer à l'exécution du projet ; la date de leur arrivée coïncidera avec celle du retour des boursiers.

L'OMS enverra également, pour les soins aux enfants prématurés, des experts-conseils, du matériel d'équipement, des fournitures, et attribuera des bourses d'études.

Le colloque sur les statistiques démographiques et sanitaires, qui s'est tenu à Tokio, est décrit à la page 47.

Dix-huit bourses d'études ont été attribuées, dont neuf * au titre de l'assistance technique.

Corée

A la demande de l'Agence des Nations Unies pour le Relèvement de la Corée (UNKRA), l'OMS a organisé et envoyé en Corée une mission d'organisation sanitaire de trois personnes, qui a étudié les besoins sanitaires du pays et recommandé les mesures pratiques qu'il convient de prendre pour y faire face. Le rapport de cette mission était à l'étude à la fin de l'année ; il permettra d'élaborer un plan quinquennal de relèvement, comparable à ceux qui ont été établis dans d'autres domaines. Les projets de lutte antivénérienne * et l'assistance aux établissements d'enseignement ont été ajournés en attendant qu'une décision soit prise sur les recommandations formulées dans le rapport (dont le contenu détaillé est donné au chapitre 19).

Neuf bourses d'études ont été attribuées, dont cinq * au titre de l'assistance technique.

Laos

Vers la fin de l'année, une campagne de lutte contre le pian a été entreprise ; elle vise les quatre provinces méridionales du Laos.* Le chef de l'équipe internationale et deux médecins laotiens se sont rendus en Thaïlande pour étudier les mesures prises dans ce pays.

L'OMS a également conclu un arrangement avec le Cambodge pour que des infirmières laotiennes puissent suivre les cours d'enseignement infirmier organisés à Pnom-Penh et auxquels elle apporte son concours. D'autres bourses d'études font actuellement l'objet de pourparlers afin que leurs bénéficiaires puissent étudier l'administration de la santé publique au Cambodge.*

Un projet d'action antipaludique a été établi pour le Laos,* et l'on envisageait d'organiser des démonstrations de protection maternelle et infantile.*

Dix * bourses d'études ont été attribuées au titre de l'assistance technique.

Macao

Des discussions ont eu lieu avec des fonctionnaires du Gouvernement de Macao sur la manière dont celui-ci pourrait recourir aux services de l'Organisation.

Malaisie

L'OMS a contribué au développement de l'enseignement infirmier en Malaisie par l'envoi de six infirmières-monitrices qui collaborent au cours donné à l'école d'infirmières et au cours d'entretien pour infirmières diplômées.* Les trois infirmières-monitrices de l'OMS affectées à l'école de Penang sont chargées d'enseigner les soins infirmiers généraux, le travail dans les salles d'hôpital et les soins de pédiatrie ; elles ont participé aux conférences des

infirmières-monitrices de la Fédération de Malaisie et ont siégé dans les jurys d'examens d'Etat. Une autre infirmière-monitrice, spécialiste de l'hygiène publique, a été recrutée pour donner une formation complémentaire au personnel du centre sanitaire ; deux autres monitrices seront affectées à l'école d'infirmières de Kuala-Lumpur. L'OMS apportera son concours à un projet pour la formation des sages-femmes, qui doit être élargi en vertu d'un nouvel accord.

On envisage de fournir une aide à une école rurale de santé publique.*

Sept bourses d'études ont été attribuées pendant l'année, pour permettre la participation à des colloques.*

Nouvelle-Guinée néerlandaise

Une bourse d'études* a été attribuée afin de permettre à une infirmière de suivre le colloque sur les soins infirmiers, organisé à Taïwan.

Nouvelle-Calédonie

Une bourse d'études* a été attribuée pour permettre à un fonctionnaire de la Commission du Pacifique Sud de participer au symposium sur le pian, organisé à Bangkok.

Nord-Bornéo

Le Gouvernement a demandé au FISE et à l'OMS de l'aider à préparer les plans d'une campagne de vaccination par le BCG qui doit être déclenchée aussi rapidement que possible. Le FISE a accepté, en principe, d'envoyer du matériel et des fournitures et l'OMS attribuera deux bourses d'études pour permettre à un médecin et un aide-infirmier de se rendre soit à Brunéi, soit à Sarawak où l'équipe internationale leur enseignera les techniques qu'ils devront appliquer.*

La mission de l'OMS qui s'occupe de l'enseignement des soins infirmiers a continué à donner des cours à l'école d'infirmières de Jesselton.* L'enseignement des soins obstétricaux a été repris par le Gouvernement et l'OMS prête son concours pour l'enseignement des soins de pédiatrie. Afin d'améliorer le programme d'enseignement, l'OMS procurera une infirmière de santé publique qui contrôlera le travail pratique des élèves, et elle enverra du matériel d'enseignement. Le FISE a procuré des fournitures pour la première partie du programme.

Le FISE a entrepris d'équiper un laboratoire où des tests sérologiques pourront être exécutés pour le programme de lutte contre la syphilis, auquel il apporte son aide ; l'OMS a donné des avis techniques au sujet du matériel nécessaire.

Une bourse d'études * a été attribuée, pour permettre à un médecin de participer au symposium sur le pian, organisé à Bangkok.

Territoire de Papua et de Nouvelle-Guinée

Un conseiller en santé publique a visité le Territoire afin de discuter sous quelle forme l'Organisation pourrait apporter son assistance. Des renseignements sur le pian et sur d'autres questions ont été fournis et l'on a demandé à l'OMS d'envoyer un spécialiste de l'éducation sanitaire, qui travaillerait en collaboration avec l'équipe de lutte antipaludique,* et d'accorder une bourse pour l'étude de l'administration de la santé publique.

Une bourse d'études * a été attribuée à une infirmière du Territoire, pour lui permettre de participer au colloque sur les soins infirmiers, organisé à Taïwan.

Philippines

Trois experts-conseils à court terme de l'OMS ont donné des avis techniques au Gouvernement sur le projet FISE/OMS de lutte contre la syphilis chez les mères ainsi que sur la campagne de masse contre le pian. Bien que diverses difficultés aient surgi au cours de ces dernières campagnes, l'une et l'autre ont permis d'obtenir de remarquables résultats. La campagne contre la syphilis maternelle s'est trouvée limitée par le petit nombre de laboratoires de sérologie. Toutefois, depuis le mois d'août 1951, date à laquelle elle a débuté, jusqu'au mois d'octobre 1952, plus de 26.500 personnes ont été examinées et environ 3.800 cas ont été traités. Les typhons, l'isolement de certains districts et les croyances religieuses ont retardé l'action dirigée contre le pian, mais on a pu jeter des bases solides pour une campagne nationale et un nouvel accord, qui permettra d'étendre celle-ci à d'autres îles, a été élaboré. D'août 1951, date de début de la campagne, à octobre 1952, environ 665.000 personnes ont été examinées et plus de 27.500 cas ont été dépistés et traités. Il est probable que, si l'on veut arriver à extirper cette maladie, le travail devra être accéléré. Un groupe relativement restreint de malades a été traité par administration d'une seule injection de pénicilline et les résultats semblent avoir été satisfaisants. La généralisation de la technique par injection unique permettrait de résoudre le problème que pose la nécessité d'atteindre un plus grand nombre d'individus.

Le projet relatif à la santé mentale, qui aurait dû débuter en 1952 pour se terminer en 1953, a été retardé ; toutefois, certains progrès ont été accomplis. A la fin de 1952, un expert-conseil à court terme est arrivé à Manille afin de choisir des boursiers pour des études à l'étranger ; on espère qu'il pourra également prêter son concours, lors d'un stade ultérieur de l'exécution du projet, après le retour des boursiers.

Un groupe de trois experts a aidé le Gouvernement à effectuer une enquête sur la bilharziose.* On comptait que cette équipe serait en mesure de présenter des recommandations précises pour combattre la

maladie dans les Philippines et qu'il serait procédé, en 1953, à une démonstration de techniques. Cependant, les renseignements dont on disposait étant insuffisants, un projet de recherches de longue haleine a été recommandé et des dispositions ont été prises pour que les travaux puissent commencer au début de 1953.

Le projet visant à renforcer les cadres de l'Institut d'Hygiène de l'Université des Philippines s'est trouvé retardé par les difficultés rencontrées pour obtenir le personnel satisfaisant. A la suite des pourparlers engagés avec d'autres organisations, il semblait, à la fin de l'année, que ces difficultés pourront être bientôt surmontées.

L'exécution d'un projet-pilote a commencé dans l'île de Mindoro, en février 1952 ; ce projet doit aider le Gouvernement à déterminer si le traitement des locaux au moyen d'insecticides à effet rémanent est un moyen efficace et économique de combattre le paludisme dans le pays.* La première série de pulvérisations, qui intéresse plus de 26.500 personnes, a été achevée ; des observations épidémiologiques et entomologiques sont en cours. Cette action a également servi à la formation de personnel local et a ainsi permis de faire œuvre utile en prévision de la vaste campagne antipaludique que le Gouvernement compte entreprendre et qui sera menée grâce à l'assistance d'organisations bilatérales. Il a été décidé que l'exécution du projet-pilote continuerait jusqu'au mois de juin 1954, afin d'étendre ce projet à une population plus considérable et d'essayer sur place l'insecticide dieldrine.

Le Gouvernement avait déjà procédé, il y a plusieurs années, à une modeste campagne de vaccination par le BCG ; à la fin de 1951, une campagne plus importante a été entreprise avec l'assistance internationale. Un spécialiste du BCG, dont le Gouvernement avait demandé l'envoi pour cette campagne, s'est rendu aux Philippines en mars 1952. La campagne semble se développer d'une manière favorable. Le nombre des personnes vaccinées mensuellement a augmenté rapidement depuis le mois de juillet : à partir d'août, plus de 100.000 personnes étaient testées chaque mois et, à la fin d'octobre, 663.500 personnes avaient été testées et 304.600 vaccinées. Le Gouvernement a demandé que les services du spécialiste lui soient assurés pour une nouvelle année.* L'assistance internationale sera accordée trois années encore, pour permettre de procéder à des tests sur tous les habitants âgés de moins de vingt ans et de vacciner les sujets négatifs.

Le laboratoire de préparation du BCG d'Abalang a augmenté sa production durant l'année. Il a fourni tout le vaccin nécessaire pour les Philippines et une partie importante de sa production est exportée à Taïwan et à Hong-kong.

L'OMS a donné à la mission du FISE aux Philippines des avis techniques sur de nombreux sujets, y compris le genre de matériel clinique à fournir à 500 centres d'hygiène de la maternité et de l'enfance. Des plans ont été établis pour un cours d'entretien destiné aux sages-femmes, qui recevront la trousse professionnelle distribuée par le FISE.* Des avis ont été donnés sur la continuation du projet du FISE pour la fourniture de médicaments et d'aliments supplémentaires et sur la préparation d'anatoxine diphtérique par le laboratoire d'Abalang. Pour ce dernier projet, le FISE a procuré du matériel et des fournitures et l'OMS est intervenue pour qu'une bourse du FISE soit accordée pour l'étude de la préparation de l'anatoxine à Bombay. L'OMS a également donné des avis sur le genre de matériel à utiliser par le service d'obstétrique à domicile du Service sanitaire de la ville de Manille.

Durant l'année, quatorze bourses d'études ont été attribuées au titre de l'assistance technique.*

Sarawak

L'OMS a conclu un accord avec le Gouvernement au sujet d'un projet d'éducation sanitaire de la population, projet envisagé depuis quelque temps et dont l'exécution a commencé à la fin de l'année.* Dans le cadre de ce projet, un spécialiste, recruté internationalement, collaborera à la formation d'élèves-moniteurs, donnera des cours d'entretien aux moniteurs diplômés et autres catégories d'adultes, aidera à la préparation d'un programme de cours pour diverses catégories de personnes qui s'occupent d'éducation sanitaire, et formera un suppléant. On a également prévu d'attribuer une bourse qui, s'il est possible de trouver un candidat qualifié, permettra à un moniteur de Sarawak de poursuivre des études plus avancées à l'étranger. L'organisation d'un musée et de démonstrations d'éducation sanitaire est également prévue.

L'exécution d'un projet-pilote antipaludique a commencé à Sarawak au mois de juillet ; les travaux dureront deux ans.* Ce projet permettra au Gouvernement de procéder aux enquêtes nécessaires pour l'établissement d'une carte du paludisme à Sarawak, de former du personnel local, et de déterminer si le traitement des habitations par des insecticides à effet rémanent est un moyen économique et efficace de combattre le paludisme dans le pays. Le chef de la mission a entrepris l'enquête en 1952 et l'on compte que la première série de pulvérisations à effet rémanent sera exécutée au début de 1953.

Depuis quelque temps, le Gouvernement envisageait de procéder à une campagne de vaccination par le BCG ; des dispositions ont été prises au début de l'année et une assistance du FISE et de l'OMS a été demandée. Le FISE a envoyé des fournitures et du matériel ; une équipe internationale est arrivée au mois de juillet. Depuis lors, les tuberculino-réactions et les vaccinations par le BCG ont été effectuées par du personnel local, sous le contrôle de l'équipe internationale. A la fin du mois d'août

près de 18.000 personnes avaient été testées ; les résultats avaient été acquis pour 13.500 d'entre elles (avec environ 4.500 résultats négatifs) et environ 4.600 avaient été vaccinées, y compris plus de 60 nouveau-nés.

Le programme de soins d'accouchement à domicile et de soins prénatals a été poursuivi.*

Deux bourses d'études ont été attribuées au titre de l'assistance technique.*

Singapour

Le projet de renforcement des cadres de l'Université de Malaisie a enregistré quelques progrès.* La grande difficulté est de trouver des personnes qualifiées pour les sept chaires prévues. Au cours de l'année, l'OMS a recruté un chargé de cours sur la nutrition ; l'Université a demandé que le cours de sociologie médicale, pour lequel on avait déjà trouvé une personne qualifiée, soit remplacé par un cours de génie sanitaire. L'Université a construit des bâtiments temporaires pour le logement des chargés de cours. Bien que tous les postes n'aient pas encore été pourvus, on dispose d'un personnel suffisant pour commencer les cours qui mèneront au diplôme de santé publique. Un chargé de cours sur l'éducation sanitaire a été engagé pour deux ans.

Des pourparlers ont été engagés avec les autorités de Singapour et de Malaisie au sujet de l'établissement d'un centre sanitaire urbain à Singapour, qui recevra les services d'un expert-conseil en 1953 ; * ces pourparlers ont également porté sur la création d'un centre sanitaire rural à Malacca. On se propose d'utiliser ces centres à la fois pour l'enseignement et pour des services directement destinés à la population.

Une infirmière-monitrice de l'OMS a aidé le Gouvernement à élaborer un programme d'enseignement des soins obstétricaux, qui comprendra des travaux pratiques à l'hôpital et à domicile.* De l'aide a été fournie pour la revision de l'ordonnance sur les sages-femmes.

Au cours de l'année, le Gouvernement a continué la campagne de vaccination par le BCG par ses propres moyens, mais cette campagne n'a pas eu l'importance de celle de 1951. Des conseils sur l'élaboration des statistiques ont été donnés par un expert statisticien de l'OMS, qui, à la demande du Gouvernement, s'est rendu dans ce but à Singapour, au mois d'octobre. Les statistiques de la campagne initiale ont été analysées au Bureau de Recherches sur la Tuberculose de Copenhague.

Six bourses d'études ont été attribuées, dont trois * au titre de l'assistance technique, pour couvrir les frais de participation à un colloque.

Viet-Nam

Le spécialiste de l'OMS en matière d'administration de la santé publique a non seulement coordonné les travaux afférents à tous les projets exécutés dans le pays avec l'assistance de l'OMS, mais il a également aidé le Gouvernement en procédant à des enquêtes et en donnant des avis sur l'établissement de plans à longue échéance et sur les meilleurs moyens d'utiliser, dans le domaine sanitaire, l'assistance accordée par d'autres institutions.*

Le projet de protection maternelle et infantile* reçoit l'aide du FISE. Ce projet comporte la création, dans cinq centres de protection maternelle et infantile (trois dans la circonscription de Saïgon/Cholon, un à Hanoï et un à Hué), d'un service hospitalier de pédiatrie, d'une école de soins infirmiers et d'une école de sages-femmes, pour lesquels le FISE procure du matériel, des fournitures et des suppléments d'aliments.

Un expert-conseil à court terme de l'OMS, spécialiste de la construction des hôpitaux, s'est rendu au Viet-Nam pour aider à établir les plans du nouvel hôpital d'enfants de Saïgon.*

La mission de lutte contre le paludisme et les insectes, qui opère dans le Viet-Nam méridional,* a travaillé dans des conditions extrêmement difficiles, par suite de la pénurie de personnel local et de l'insécurité qui règne dans certaines parties de ce pays. L'équipe a pu procéder à des pulvérisations dans des villages des provinces de Gocong et de Bienhoa ; en outre, après que la décision eut été prise d'inclure les Pays montagnards du Sud dans la zone de démonstrations, des enquêtes sur le paludisme et des campagnes de pulvérisations à effet rémanent ont été menées dans cette partie du pays, sous le contrôle général du chef de mission. Les observations épidémiologiques faites dans certains villages des Pays montagnards du Sud ont révélé la nécessité de certaines recherches supplémentaires, que le chef de mission n'a pu exécuter par suite du manque d'aide locale appropriée. On compte que le problème du recrutement de personnel local sera bientôt résolu.

Le Gouvernement a demandé à l'OMS et au FISE d'apporter leur concours au programme de vaccination par le BCG qu'il se propose d'exécuter ; un plan tripartite d'opérations, pour une campagne de 18 mois, a été mis au point et signé.* Ce projet se rattachera étroitement à celui qui est en cours au Cambodge. Le FISE a envoyé du matériel et des fournitures. Le vaccin pour la campagne sera fourni par l'Institut Pasteur de Saïgon.

Deux bourses d'études ont été attribuées, dont une * au titre de l'assistance technique.

PARTIE III

COLLABORATION AVEC D'AUTRES ORGANISATIONS

CHAPITRE 17

COORDINATION DES TRAVAUX DE L'OMS AVEC CEUX D'AUTRES ORGANISATIONS

L'OMS a accompli une grande partie de l'œuvre exposée dans les autres chapitres du présent rapport de concert avec d'autres organisations des Nations Unies, et, dans une certaine mesure, en collaboration avec d'autres organisations intergouvernementales et avec des organisations non gouvernementales. Le présent chapitre est consacré aux consultations entre secrétariats qui rendent cette collaboration possible et il donne un résumé des projets exécutés en commun.

Cette œuvre se fonde essentiellement sur les décisions du Conseil Economique et Social et de l'Assemblée générale des Nations Unies relatives à la coordination des programmes et directives des Nations Unies et des institutions spécialisées et à la concentration des efforts et des ressources. Si, en 1952, ces organismes se sont attachés surtout à formuler de nouvelles recommandations sur les priorités, ils ont également examiné les progrès réalisés dans la coordination. L'OMS a participé aux échanges de vues portant sur ces deux questions.

Dans diverses circonstances, l'Assemblée générale et le Conseil Economique et Social invitent les institutions spécialisées à collaborer avec l'Organisation des Nations Unies à l'exécution de programmes intéressant plusieurs organisations. Les organisations en cause préparent ensemble les programmes de cette nature, soit par l'intermédiaire du Comité administratif de Coordination (CAC) ou du Bureau de l'Assistance technique, soit au cours de réunions ad hoc, et les soumettent à l'approbation de leurs organes directeurs. (La part prise par l'OMS au programme élargi d'assistance technique est exposée dans le chapitre suivant.)

Dans la mise au point de ces programmes communs, la collaboration entre organisations internationales, au stade de l'élaboration de projets nationaux ou régionaux avec les gouvernements, retient de plus en plus l'attention. Tel est par exemple le cas pour les programmes sanitaires communs du FISE et de l'OMS dans divers pays, et de plus en plus il en est ainsi pour les travaux entrepris par l'OMS avec d'autres organisations.

En outre, les institutions spécialisées des Nations Unies se consultent par l'intermédiaire du CAC, afin d'instaurer des méthodes administratives et financières uniformes.

Coordination générale des programmes et des directives

Développement et concentration des efforts dans le domaine social

L'OMS a préparé un chapitre sur la santé pour le rapport préliminaire sur la situation sociale dans le monde *(Preliminary Report on the World Social Situation)*, rapport qui a été soumis à la Commission sociale et au Conseil Economique et Social en 1952 ; la version anglaise a été publiée par l'Organisation des Nations Unies au cours de l'année. L'OMS a accepté de participer, à l'avenir, à l'élaboration d'autres rapports sur ce sujet, ainsi qu'aux enquêtes sur les mesures nationales et internationales visant l'amélioration des conditions sociales. Elle a participé à la rédaction d'un programme inter-institutions d'action pratique concertée dans le domaine social, programme dont le Conseil Economique et Social avait demandé la mise au point pour 1953.

Insecticides

Au début de 1952, l'ONU, la FAO et l'OMS ont organisé une réunion de représentants des pays exportateurs et importateurs afin d'examiner la question de la production internationale d'insecticides à des fins sanitaires et agricoles. Les résultats de cette réunion sont exposés au chapitre 7. Une étude a été entreprise en commun avec l'OIT et la FAO sur les risques de toxicité que présentent, pour les hommes et les animaux, certains insecticides (voir chapitre 3, Assainissement).

Régularisation et utilisation des eaux et mise en valeur des terres arides

L'Assemblée générale a prié les organisations des Nations Unies de collaborer à l'élaboration d'un programme international dans ce domaine et l'OMS a participé aux débats préliminaires. L'Organisation a continué de collaborer avec l'UNESCO aux recherches sur les zones arides (voir chapitre 3, Assainissement).

Alimentation et famine

A la demande de l'Assemblée générale, l'ONU, la FAO et l'OMS ont préparé un rapport, que l'Assem-

blée a plus tard adopté, sur les modalités d'une collaboration entre les organisations intergouvernementales et les institutions bénévoles dans le cas de famines provoquées par des causes naturelles.

Droits de l'homme

En vertu des pactes internationaux relatifs aux droits de l'homme, qui sont en cours d'élaboration, l'OMS sera appelée à assumer certaines responsabilités, notamment à faire rapport sur l'application de ces pactes en ce qui concerne le droit à la santé. Les représentants de l'Organisation ont pris part aux discussions sur ces pactes, en particulier à celles qui ont porté sur les modalités d'application.

Programmes communs établis par l'intermédiaire du Comité administratif de Coordination

Action à long terme en faveur de l'enfance

Le programme d'action à long terme en faveur de l'enfance, établi en 1951, a été approuvé par les organes de direction des institutions intéressées et par le Conseil Economique et Social. C'est en 1952 qu'ont été amorcés dans certains pays, en application de ce programme, les premiers projets d'assistance technique aux gouvernements. (Voir chapitre 3 — Soins infirmiers et Hygiène de la maternité et de l'enfance).

Réadaptation des personnes physiquement diminuées

Le programme commun (tel qu'il est décrit au chapitre 3 — Hygiène de la maternité et de l'enfance et Hygiène sociale et médecine du travail) a été poursuivi. Certains pays des Amériques, de l'Asie du Sud-Est, de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental ont bénéficié d'une aide dans la préparation de projets visant la réadaptation des adultes et des enfants physiquement diminués (voir chapitres 12, 13, 15 et 16).

Education de base

L'ONU, l'OIT, la FAO et l'OMS continuent à collaborer à l'exécution du programme d'éducation de base de l'UNESCO. En 1952, un nouveau centre international de formation professionnelle a été établi en Egypte ; le centre international de formation à Patzcuaro (Mexique) a continué à bénéficier de la collaboration de l'OMS. L'Organisation a collaboré, d'autre part, avec l'UNESCO aux projets d'éducation de base en Egypte, à Ceylan, en Thaïlande et à des projets d'éducation sanitaire en faveur des réfugiés de Palestine (voir chapitre 3 — Education sanitaire de la population, et les Régions intéressées).

Organisation et développement des collectivités

En 1951 et en 1952, l'ONU a procédé officieusement à des échanges de vues avec l'OMS et avec d'autres institutions spécialisées intéressées, concernant la préparation d'un programme relatif aux centres d'assistance sociale. En 1952, l'OMS a été invitée à faire participer des administrateurs de santé publique aux études de l'ONU concernant l'organisation et le développement des collectivités dans différentes régions (voir chapitre 3). L'Organisation a été représentée à une réunion, organisée par les Nations Unies dans l'Inde, sur la formation d'un personnel auxiliaire d'assistance sociale.

Questions diverses

Les chapitres 3, 4, 8 et 9 exposent en quelle mesure l'OMS a collaboré avec d'autres organisations pour les questions suivantes : migration, administration des bourses d'études, services de publications et de documentation, information.

Questions administratives et financières

Une étude portant sur les services communs, qui a été conduite par l'ONU avec la collaboration des institutions spécialisées, est analysée en détail au chapitre 10. Il en est de même des consultations entre institutions spécialisées, sur les conditions de service et l'assurance-maladie et accidents du personnel.

Des discussions ont eu lieu entre différentes institutions spécialisées au sujet de l'application de la Convention sur les Privilèges et Immunités de l'Organisation des Nations Unies.

Le Comité consultatif de la Fonction publique internationale a terminé son rapport sur la formation en cours d'emploi, ainsi qu'un rapport préliminaire sur l'éthique professionnelle que doivent appliquer les fonctionnaires internationaux ; ces rapports présentent tous deux un grand intérêt pour les organisations des Nations Unies.

Autres programmes communs

L'OMS et d'autres organisations des Nations Unies ont continué à collaborer à plusieurs projets dont il a déjà été question dans de précédents Rapports annuels, entre autres l'organisation de zones de démonstrations sanitaires (voir chapitres 3, 12 et 14), la surveillance de la qualité du lait (chapitre 3 — Assainissement), les services sociaux (chapitre 3 — Hygiène sociale et médecine du travail), la formation d'auxiliaires (chapitre 4) et la santé mentale (chapitre 3 — Hygiène de la maternité et de l'enfance, et Santé mentale). En ce dernier domaine l'OMS et l'Organisation des Nations Unies ont collaboré à l'organisation d'un colloque scandinave de psychiatrie et de guidance infantiles qui s'est tenu au cours

de l'année. L'OMS a enfin poursuivi son étude sur les besoins médico-sociaux des familles en France et au Royaume-Uni, en coopération avec plusieurs autres organisations.

Collaboration avec les organisations des Nations Unies

Organisation des Nations Unies

Comme au cours des années précédentes l'OMS a collaboré avec le Conseil de Tutelle et la Division des renseignements provenant des territoires non autonomes (chapitre 3).

Elle a participé, avec la Commission de Statistique des Nations Unies, à des travaux sur diverses questions statistiques, à la préparation de la Conférence mondiale de la Population, à un colloque consacré aux statistiques démographiques et sanitaires, qui s'est tenu à Tokyo, et à l'activité du Inter-American Center of Biostatistics (voir chapitres 5, 12 et 16).

Des avis ont été donnés aux organes de l'ONU qui s'occupent des drogues susceptibles d'engendrer la toxicomanie (chapitre 6).

Enfin, l'OMS a coopéré avec la Commission Economique pour l'Europe au sujet de l'habitat et de la classification statistique des accidents de la circulation. A cette occasion, l'OMS a donné son avis sur les aptitudes physiologiques et mentales des conducteurs de véhicules automobiles en vue de la préparation d'une nouvelle réunion (voir chapitre 3 — Assainissement et Hygiène sociale et médecine du travail).

Lors de sa réunion de 1952, le Comité mixte FISE/OMS des Directives sanitaires a recommandé que les deux organisations collaborent à la lutte contre le trachome et la lèpre et aident à résoudre certains problèmes d'assainissement. Cette recommandation a été soumise au Conseil d'administration du FISE, qui a admis qu'il fallait entreprendre des projets-pilotes pour le trachome et pour la lèpre ; il a également demandé au Comité mixte des Directives sanitaires d'examiner à nouveau les projets d'assainissement et de donner des avis à ce sujet. Les projets sanitaires bénéficiant, en 1952, de l'aide conjuguée de l'OMS et du FISE, ont été extrêmement nombreux et il en est fait mention tout au long du Rapport.

L'aide apportée par l'OMS à l'UNRWAPRNE et l'UNKRA est décrite au chapitre 19.

Organisation Internationale du Travail

L'OIT et l'OMS ont étudié ensemble les problèmes des migrations et ont préparé conjointement les réunions des comités mixtes de la médecine du travail et de l'hygiène des gens de mer ; elles ont collaboré au sein de la Commission internationale antivénérienne du Rhin, du colloque européen sur la médecine du travail et des colloques régionaux pour administrateurs des services de sécurité sociale, patronnées par l'OIT. L'OMS a donné des avis techniques aux missions de l'OIT qui se sont rendues dans divers pays (voir chapitre 3 — Hygiène sociale et médecine du travail — ainsi que chapitre 14).

Organisation pour l'Alimentation et l'Agriculture

La collaboration avec la FAO a porté principalement sur la nutrition et les zoonoses. Le Comité mixte FAO/OMS d'experts de la Nutrition a tenu une réunion en novembre pour examiner les problèmes de la nutrition en Afrique, et les deux organisations ont collaboré à divers projets concernant la production du lait écrémé, la détermination de l'état de nutrition et à des études sur la nutrition parmi les réfugiés arabes (voir chapitre 3 — Nutrition — et chapitre 19). Elles ont organisé conjointement un colloque international sur la rage à Coonoor (Inde) et un autre, sur les zoonoses, à Vienne. Une session du Comité FAO/OMS d'experts de la Brucellose a eu lieu au cours de l'année et les centres FAO/OMS de la brucellose ont poursuivi leurs travaux habituels. La collaboration s'est également étendue à la question de la salubrité des viandes et à la tuberculose bovine (chapitre 1).

Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture

Indépendamment de l'éducation de base et des recherches concernant les zones arides, dont il a été fait mention ci-dessus, la collaboration entre l'OMS et l'UNESCO s'est traduite par l'organisation d'une conférence européenne sur l'éducation et la santé mentale des enfants en Europe et par la mise au point des publications concernant l'éducation de base et l'éducation sanitaire de la population. L'UNESCO a également collaboré avec l'OMS à l'organisation d'un colloque sur l'enseignement infirmier qui a eu lieu à Taïwan. Les conseillers régionaux de l'OMS pour l'éducation sanitaire de la population en Amérique latine et en Asie du Sud-Est ont prêté assistance aux pays rattachés à ces Régions, en coopération avec l'UNESCO. L'OMS a continué à collaborer à la préparation des listes de fournitures médicales. L'UNESCO utilise un matériel fourni par l'OMS, dans trois expositions itinérantes, dont l'une était en préparation au cours de l'année 1952 (voir chapitre 3, Education sanitaire, chapitres 4 et 8 et les chapitres consacrés aux Régions).

Autres institutions spécialisées

L'Organisation de l'Aviation Civile Internationale a poursuivi sa collaboration avec l'OMS en matière d'hygiène et de salubrité des aéroports (chapitre 3).

Comme les années précédentes, l'OMS a chargé des experts de la santé publique de participer aux missions d'étude économique envoyées à Ceylan et en Irak par la Banque Internationale pour la Reconstruction et le Développement.

La Conférence de Plénipotentiaires de l'Union Internationale des Télécommunications a rejeté une demande de l'Organisation des Nations Unies, visant à faire bénéficier les institutions spécialisées des facilités accordées aux gouvernements en ce qui concerne l'utilisation des services internationaux de télécommunications. Toutefois, les négociations se poursuivront avec l'UIT, en consultation avec les autres organisations intéressées, par l'intermédiaire du Comité administratif de Coordination.

L'Union Postale Universelle examine, de concert avec l'OMS, la question des retards dans la transmission internationale des produits biologiques (voir chapitre 6).

Coopération avec les organisations non gouvernementales entretenant des relations avec l'OMS

Lors de sa neuvième session, tenue en janvier 1952, le Conseil Exécutif a décidé de reprendre l'examen du problème des relations officielles avec les organisations non gouvernementales. A cet effet, il a invité le Directeur général à étudier la question, en vue de soumettre des propositions à l'Assemblée Mondiale de la Santé. Cette étude a été terminée au cours de l'année et le Conseil en sera saisi à sa onzième session.

Entre temps, l'examen de toute nouvelle demande ou de toute demande réitérée d'admission à des relations officielles avec l'OMS a été suspendu, mais les rapports existant avec les 27 organisations non gouvernementales figurant déjà sur la liste officielle (voir annexe 9) ont été maintenus. L'OMS s'est fait représenter à celles de leurs réunions auxquelles elle était intéressée (annexe 7) ; de leur côté ces organisations ont envoyé des observateurs à un certain nombre de réunions convoquées par l'OMS et par les comités régionaux.

Il suffit de parcourir le Rapport pour trouver des exemples de collaboration avec ces organisations. En voici quelques-uns :

En vue de favoriser l'échange de renseignements scientifiques, l'OMS a entretenu des relations étroites avec le Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales (CIOMS). Le CIOMS a vu croître constamment le nombre de ses membres de sorte qu'il est devenu, d'une façon de plus en plus marquée, l'institution représentative des organisations internationales de sciences médicales. Après une période de difficultés initiales qui a duré près de trois années, le CIOMS s'est assigné la tâche de coordonner les congrès internationaux des sciences médicales en ce qui concerne leur date et leur lieu de réunion et les sujets dont ils traitent, ainsi que d'améliorer leurs procédures ; il a établi des méthodes pratiques qui se sont avérées satisfaisantes. C'est ainsi qu'on peut mentionner en 1952 la réunion d'une conférence d'organisateurs de congrès médicaux internationaux, la préparation d'un manuel pour ces organisateurs et la convocation de symposiums pour la coordination des problèmes soumis aux congrès. A plusieurs reprises on s'est prévalu de la présence de savants éminents pour organiser des cours supérieurs pendant les congrès. Dès l'origine, l'OMS et l'UNESCO ont participé aux travaux du CIOMS ; elles ont conjointement subventionné cette organisation et il est probable qu'elles maintiendront leur appui. Le CIOMS adresse à l'OMS les textes des procès-verbaux de tous les congrès internationaux au fur et à mesure qu'ils sont publiés.

La Fédération mondiale des Associations pour les Nations Unies, ainsi qu'un grand nombre d'organismes nationaux affiliés, ont contribué à faire connaître au grand public les buts et les travaux de l'OMS. Cette Fédération a aidé l'OMS à organiser la Journée mondiale de la Santé et à cette occasion de nombreuses associations nationales ont établi des programmes spéciaux et ont diffusé des articles et des informations préparés par l'OMS. La Fédération mondiale des Associations pour les Nations Unies a également collaboré à l'organisation d'un colloque sur la santé mondiale, qui s'est tenu à Genève, au cours de la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé. Quarante médecins, infirmières et étudiants en médecine venus de 14 pays différents ont participé aux discussions et ont suivi les conférences faites par des membres du Secrétariat de l'OMS et des délégués nationaux à l'Assemblée de la Santé. Des plans étaient en cours d'élaboration pour les colloques de ce genre qui doivent avoir lieu à l'occasion des réunions des comités régionaux de l'OMS. Le Directeur général a prononcé le discours d'ouverture à la septième assemblée plénière de la Fédération mondiale des Associations pour les Nations Unies et, au cours de ses voyages, il a également pris la parole dans de nombreuses réunions qui ont eu lieu dans divers pays.

La Conférence internationale de Service social a tenu sa sixième session à Madras, en décembre. Le rôle des services sociaux dans l'élévation du niveau de vie a constitué le thème général des discussions. L'OMS a contribué aux travaux de la session en assurant à celle-ci le concours de conférenciers et d'experts pour les discussions publiques sur les questions de santé. Elle a également fourni la documentation nécessaire. Les organisateurs de la conférence ont pris des mesures pour assurer la vente, sur les lieux, des publications de l'OMS.

Lors de la réunion du Comité exécutif de l'Union internationale contre le Péril vénérien tenue à Londres, en juillet, il a été proposé d'établir à Genève un bureau de liaison avec l'OMS. L'Union a consulté l'OMS sur la possibilité d'ouvrir un bureau en Asie. Un projet visant à réunir des renseignements sur la législation des différents pays relative aux maladies vénériennes — projet auquel l'OMS collabore avec l'Union — a été poursuivi.

La Fédération internationale pharmaceutique a été tenue au courant des faits concernant la *Pharma-*

copoea Internationalis, les dénominations communes internationales et le contrôle des préparations pharmaceutiques. Les conférences données par un membre du personnel de l'OMS et par des membres du Comité d'experts de la Pharmacopée internationale au cours de la quatorzième assemblée générale de la Fédération à Rome, en septembre 1951, ont été publiées dans le *Bulletin* de la Fédération, en mars 1952. L'OMS étudie avec celle-ci la possibilité de réunir un comité d'experts pour discuter du contrôle des préparations pharmaceutiques.

La nature de la contribution que la Fédération dentaire internationale peut apporter à l'OMS dans l'exécution des programmes de bourses d'études a été précisée. La Fédération a fourni des renseignements intéressant l'étude poursuivie actuellement par l'Organisation, concernant l'adjonction de fluorures à l'eau et les effets que produit le sucre raffiné sur la dentition.

D'autre part, l'OMS a obtenu, de la part de la Société internationale pour la Protection des Invalides, des renseignements qu'elle a pu utiliser pour les instructions qu'elle donne à ses experts-conseils chargés de diriger les programmes de réadaptation des enfants physiquement diminués.

Une étude sur l'enseignement de la pédiatrie patronnée conjointement par l'OMS et par l'Association internationale de Pédiatrie a été amorcée en Europe. Cette étude vise à exposer et à évaluer les résultats de la formation en pédiatrie donnée aux étudiants et aux diplômés dans les centres d'enseignement médical, et à mettre ces renseignements à la disposition d'autres centres. Elle sera ultérieurement étendue à d'autres Régions. Cette entreprise appelle une collaboration étroite avec l'Association et, par son intermédiaire, avec ses filiales nationales.

La collaboration a été non moins étroite avec l'Union internationale de Protection de l'Enfance, tant au Siège que dans les Régions, en particulier pour l'étude de l'adoption, entreprise par l'Union sur l'invitation du Département des Questions sociales de l'Organisation des Nations Unies. L'OMS a aidé l'Union à préparer une conférence internationale d'étude sur la protection de l'enfance, qui s'est tenue à Bombay avec la collaboration du Indian Council for Child Welfare.

Aussitôt après être entrée en relation avec l'Union internationale contre la Tuberculose, soit dès les premiers mois de 1950, l'OMS a collaboré étroitement avec celle-ci. Etant donné que l'Union a des sociétés affiliées dans 58 pays, un contact permanent s'établit entre le personnel de l'OMS appelé à lutter sur place contre la tuberculose et ces organisations bénévoles, dont la plupart participent activement à l'exécution des programmes gouvernementaux de prophylaxie antituberculeuse.

Les diverses associations médicales nationales affiliées à l'Association médicale mondiale ont fait, par son intermédiaire, parvenir à l'OMS des renseignements précieux sur le tableau des doses des médicaments pour adultes et pour enfants. L'Association médicale mondiale a également collaboré avec l'OMS au sujet du choix et de l'adoption des dénominations communes internationales de nouveaux médicaments, afin d'éviter les difficultés qui surgissent lorsque la même substance médicale est désignée par plusieurs noms. La collaboration a porté enfin sur la préparation de la première conférence mondiale de l'enseignement médical (voir chapitre 4).

Le Central Council for Health Education du Royaume-Uni a eu des échanges de vues officieux avec l'OMS au sujet de cours d'éducation sanitaire.

La Fédération mondiale pour la Santé mentale a fourni des matériaux précieux sur l'enseignement de l'hygiène mentale aux étudiants en médecine. En juillet et en août, la Fédération a organisé à Chichester (Angleterre) un colloque international sur la santé mentale et le développement du jeune enfant, à l'intention des boursiers de l'OMS (voir page 30), et elle a offert son concours pour la préparation du colloque sur la santé mentale que l'OMS organisera en 1953.

Le Bureau des Infirmières de la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge a continué à documenter l'Organisation sur l'action de la Croix-Rouge dans le domaine des soins infirmiers et elle participe à l'instruction du personnel envoyé en mission par l'OMS.

Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, des rapports étroits ont été maintenus avec la Société de la Croix-Rouge de l'Inde.

La collaboration avec le Conseil international des Infirmières et avec la Fondation internationale Florence Nightingale, qui lui est associée, s'est poursuivie. Au cours de l'année 1952, le Conseil a procédé, à la demande de l'OMS, à une étude des programmes d'enseignement supérieur pour infirmières-monitrices et administrateurs des services infirmiers ; cette étude porte en particulier sur les facilités offertes aux étudiants internationaux. Les problèmes que pose la reconnaissance internationale des diplômes d'infirmière ont été soumis au Conseil. D'autre part, un échange d'informations a eu lieu entre les deux organisations au sujet des soins infirmiers. L'OMS a été invitée à faire un exposé des travaux de l'Organisation au cours d'été organisé à Londres, en juillet 1952, à l'intention d'anciennes élèves de la Fondation internationale Florence Nightingale.

La Fédération internationale des Hôpitaux a communiqué à l'OMS des plans d'hôpitaux pour les tropiques, qui ont été envoyés aux îles Samoa, possession américaine.

Collaboration avec des organisations non gouvernementales qui n'entretiennent pas de relations avec l'OMS, et avec d'autres organisations

Bien qu'elles n'entretiennent pas de relations avec l'OMS, de nombreuses organisations non

gouvernementales, tant nationales qu'internationales, lui ont prêté leur aide durant toute l'année.

L'OMS a été invitée à envoyer un représentant chargé de faire un exposé sur son organisation et ses objectifs à la conférence annuelle de la Sanitary Inspectors Association du Royaume-Uni.

L'Organisation a communiqué un document scientifique au Congrès annuel de l'American Society on Tropical Medicine and Hygiene.

Un document de travail sur l'urbanisation et la médecine sociale a été préparé par l'OMS à l'intention de l'Institut international des Civilisations différentes, qui a tenu sa session annuelle à Florence.

L'Association internationale des Universités a prêté son assistance pour réunir des renseignements sur l'enseignement de la médecine préventive dans certains pays. L'enquête effectuée à ce sujet, qui s'est terminée à la fin de l'année, s'est limitée à un « échantillon » d'une quarantaine d'universités en Asie.

L'OMS et l'Unitarian Service Committee des Etats-Unis d'Amérique ont étudié ensemble les résultats des projets relatifs à l'enseignement qu'ils avaient entrepris conjointement en 1951 et ont préparé, en étroite collaboration, deux projets importants qui seront mis en œuvre en 1953.

A l'occasion du symposium sur l'endémiologie du cancer du poumon, organisé par le Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales à Louvain, en juillet, l'American Cancer Society a été invitée, conformément à une recommandation du Comité d'experts des Statistiques sanitaires, à collaborer avec l'OMS à la distribution à titre d'essai, dans le monde entier, d'exemplaires du *Manual of tumor nomenclature and coding* et à élaborer une liste des termes de pathologie pour une autre édition du même manuel.

La Fondation Rockefeller a participé avec l'OMS, notamment en Europe, à un certain nombre de projets (voir Tableau I, chapitre 14).

La collaboration avec le CARE fait l'objet d'un exposé au chapitre 7.

L'OMS a également collaboré avec d'autres organisations, telles que la Commission intérimaire de l'Union internationale de l'Education sanitaire (voir chapitre 3), l'Office international des Epizooties (voir chapitre 1), et le Bureau international de la Protection de la Propriété industrielle (voir chapitre 6).

Collaboration avec des organisations intergouvernementales

A la suite d'un échange de lettres entre les deux organisations, le Conseil de l'Europe et le Bureau de l'Europe de l'OMS se sont entendus pour définir leurs relations de travail.

Des échanges de vues pour la coordination des services des renseignements épidémiologiques dans le Pacifique se sont poursuivis avec la Commission du Pacifique Sud.

Dans la Région de l'Afrique, la collaboration de l'OMS avec la Commission de Coopération technique en Afrique au Sud du Sahara (CCTA) a été poursuivie sur des sujets d'une grande diversité.

Aux termes de l'article 70 de la Constitution, la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé a approuvé un accord avec le Comité international de Médecine et de Pharmacie militaires. Ultérieurement, l'OMS a été représentée à la quinzième session de l'Office international de Documentation de Médecine militaire, qui est l'organe de travail de ce comité.

L'OMS a collaboré avec l'Association internationale du Transport aérien et a utilisé au maximum les renseignements techniques qu'elle lui a fournis au sujet de la quarantaine internationale.

Le chapitre 18 donne des renseignements sur la liaison avec des « organisations bilatérales » telles que la Mutual Security Agency, la Technical Cooperation Administration et le Colombo Plan.

CHAPITRE 18

PROGRAMME ÉLARGI D'ASSISTANCE TECHNIQUE EN VUE DU DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE

L'année civile 1952 a constitué la deuxième période du programme élargi d'assistance technique en vue du développement économique des pays insuffisamment développés. Au cours de cette période, l'OMS a reçu 127 demandes émanant de 55 pays, qui s'ajoutent aux 275 demandes reçues de 58 pays pendant la première période. A la fin de 1952, 167 projets étaient en cours d'exécution, contre 71 en 1951, et 22 autres avaient été achevés dans l'année. Les accords conclus avec les gouvernements, qui constituent la première étape consécutive à toute demande d'aide, ont atteint le nombre de 92 pendant la deuxième période du programme. Deux cent vingt experts ont été engagés et envoyés en mission, alors que 155 l'avaient été au cours de toute la première période, qui s'était étendue sur 18 mois.

Le succès du programme d'assistance technique dépend de la qualité du personnel recruté. On n'a donc rien ménagé pour s'assurer les services des plus hautes compétences, tout en respectant dans la mesure du possible le principe d'une équitable répartition géographique.

Des progrès ont également été réalisés en matière d'enseignement et de formation professionnelle. Pendant la deuxième période, 371 bourses d'études ont été attribuées contre 84 seulement durant la première période.

Les principaux types d'activité que l'OMS poursuit dans le cadre du programme élargi d'assistance technique consistent :

1) à renforcer les administrations nationales de santé publique, notamment en les aidant à établir des plans d'action ;
2) à collaborer à la formation de personnel médical, infirmier et auxiliaire ;
3) à contribuer à l'exécution de programmes de protection maternelle et infantile ;
4) à entreprendre des campagnes contre des maladies transmissibles, telles que le paludisme, les maladies vénériennes, la tuberculose et les maladies épidémiques ;
5) à créer des zones de démonstrations sanitaires ;
6) à favoriser, en collaboration avec le FISE, la production d'antibiotiques et d'insecticides (DDT) ;
7) à contribuer, en collaboration avec la FAO, à l'accroissement de la production des denrées alimentaires et à l'amélioration de l'état sanitaire des populations ;
8) à exercer, en collaboration avec l'OIT, une action dans le domaine de l'hygiène industrielle ;
9) à favoriser l'éducation sanitaire, parfois en liaison avec les programmes d'éducation de base de l'UNESCO ;
10) à améliorer, en collaboration avec la FAO, l'état de nutrition des populations ;
11) à renforcer, toujours en collaboration avec la FAO, les services de médecine vétérinaire en relation avec la santé publique et à lutter contre les zoonoses.

Dispositions financières relatives à la deuxième période

La deuxième conférence de l'assistance technique s'est tenue à Paris le 21 janvier 1952, en liaison avec l'Assemblée générale des Nations Unies. Au cours de cette conférence, les pays se sont engagés à verser, au titre du programme d'assistance technique, l'équivalent de US $18.967.499 ; à la date du 30 novembre, l'équivalent de US $11.201.372 avait été versé au Compte spécial géré par le Bureau financier des Nations Unies. Les chiffres correspondants pour le premier exercice financier (18 mois) s'étaient respectivement élevés à US $20.070.260, dont US $19.433.360 avaient été versés à la date du 31 août 1952.

En vertu de la résolution 222 (IX) du Conseil Economique et Social,[1] les contributions reçues pour le financement du programme d'assistance technique sont réparties comme suit par le Secrétaire général des Nations Unies : la première tranche revient automatiquement aux organisations participantes selon des pourcentages approuvés, tandis que la seconde tranche, qui figure à un compte spécial dénommé Compte des Contributions réservées, est mise en réserve pour des répartitions ultérieures décidées par le Bureau de l'Assistance technique.

[1] Reproduite dans le *Recueil des Documents fondamentaux*, page 145 dans la cinquième édition.

L'exécution des programmes entrepris par deux ou plusieurs organisations participantes ainsi que, chaque fois que cela est possible, celle des programmes coordonnés intéressant l'ensemble d'un pays, est généralement financée au moyen de ce compte spécial.

A la date du 1er janvier 1952, il revenait à l'OMS un solde de US $1.645.527 sur le premier exercice financier ; en ajoutant à ce montant la portion des contributions auxquelles elle avait automatiquement droit au titre du deuxième exercice financier, elle se trouvait disposer, en 1952, d'une somme totale de US $4.259.313. Un montant supplémentaire de US $1.512.662 lui a d'autre part été affecté sur le compte spécial susmentionné, pour l'exécution de projets déterminés qui avaient été soumis au Bureau de l'Assistance technique et approuvés par lui. Ainsi donc, l'OMS disposait au total, en espèces ou en nature, pendant le deuxième exercice financier, de l'équivalent de US $5.771.975 pour le financement des opérations entreprises dans le cadre du programme élargi d'assistance technique.

Toutefois, un grand nombre des contributions étaient en nature ou revêtaient la forme de services et de fournitures, cependant que l'emploi de certaines des contributions en espèces était soumis à des restrictions spéciales. Au cours du premier exercice financier, il n'a pu être fait usage de certaines contributions versées au Compte spécial, en raison soit desdites restrictions, soit de la nature même des programmes que les organisations participantes étaient en mesure d'entreprendre. En 1952, le Bureau a tout mis en œuvre pour utiliser ces contributions ; notamment, il a souvent fait en sorte que l'achat des fournitures ou que l'exécution des projets mixtes ait lieu dans le pays donateur. L'OMS, pour sa part, malgré les difficultés que cela représentait pour elle, a fait un très sérieux effort pour mettre à profit toutes les contributions, cela en collaboration avec les autres organisations participant au programme élargi d'assistance technique.

La lenteur avec laquelle certains pays s'acquittent des contributions qu'ils ont promis de verser n'est pas sans susciter des préoccupations. En 1952, il a fallu utiliser des devises facilement convertibles pour acheter d'autres devises dont le versement avait été promis, mais qui n'avaient pas encore été reçues au moment où l'on en avait besoin. Il est, d'autre part, évident que si les contributions promises ne sont pas reçues plus tôt au cours de l'exercice financier suivant, la poursuite du programme au rythme actuel risquera d'être compromise.

Comité de l'Assistance technique et Bureau de l'Assistance technique

Le Conseil Economique et Social des Nations Unies ne s'étant réuni qu'une fois pendant la deuxième période, les organisations participantes n'ont présenté qu'un seul rapport au Comité de l'Assistance technique en 1952. En mai, cependant, ce Comité a procédé à une étude administrative du programme élargi et, en juillet, durant la quatorzième session du Conseil, il a récapitulé d'une façon complète les activités des organisations participantes. Sur sa recommandation, le Conseil a fait le point des travaux accomplis au titre du programme élargi et a approuvé, par la résolution 433 (XIV) A, une réorganisation complète du Bureau de l'Assistance technique.

Celui-ci s'était lui-même déjà rendu compte de la nécessité d'une direction centrale plus forte et ininterrompue, telle qu'elle pourrait être assurée par un président permanent, pour être en mesure d'utiliser aussi efficacement que possible les ressources mises à la disposition des organisations participantes. Le Comité de l'Assistance technique ayant reconnu le bien-fondé de ce point de vue, le Conseil a créé un poste permanent de Président-Directeur du Bureau.

Le Bureau, tel qu'il est maintenant réorganisé, arrête ses décisions en accord avec le Président-Directeur. Celui-ci a d'autre part spécifiquement pour fonction d'examiner, avant leur mise à exécution, les programmes et les projets particuliers qui lui sont soumis par les organisations participantes, en s'efforçant de faciliter, d'accord avec les gouvernements intéressés, la mise au point de programmes coordonnés pour chaque pays. Il a également autorité pour agir au nom du Bureau de l'Assistance technique en ce qui concerne la répartition et l'utilisation des fonds de l'assistance technique. Afin de pouvoir s'acquitter convenablement de ces tâches nouvelles, le Président-Directeur a renforcé le secrétariat du Bureau, notamment en engageant des experts-conseils à court terme pour des missions déterminées. En vue de faciliter l'examen préliminaire des programmes prévus pour 1953, il a engagé quatre experts-conseils étrangers aux Nations Unies qui ont examiné avec lui, en novembre 1952, l'ensemble du programme envisagé, avant qu'il ne soumette ses recommandations au Bureau de l'Assistance technique en décembre.

Pendant le premier exercice financier, on avait, à titre d'essai, affecté à certains pays des représentants à demeure de l'assistance technique ou des fonctionnaires de liaison en qualité de représentants du Bureau de l'Assistance technique. Ce système a été poursuivi et même développé, car on considère qu'il est le plus propre à assurer la coordination nécessaire à l'échelon national, coordination dont le Comité de l'Assistance technique et le Conseil Economique et Social ont souligné l'importance. Ces fonctionnaires, qui représentent toutes les organisations participantes, traitent directement avec les gouvernements. Leur concours s'est révélé particulièrement utile pour aider à l'établissement de programmes nationaux coordonnés. Ils forment également un trait d'union entre le programme d'assistance technique des Nations Unies et d'autres vastes

programmes d'assistance financés par des organisations d'assistance technique tant bilatérales que multilatérales qui ne relèvent pas des Nations Unies.

Coordination avec les autres programmes d'assistance technique

Le deuxième exercice financier a également été marqué par un développement rapide de plusieurs autres programmes d'assistance technique bi- et multilatérale.

Les principaux programmes régionaux multilatéraux sont le Colombo Plan et le programme de l'Organization of American States. L'OMS est particulièrement bien placée pour collaborer à ce dernier programme en ce sens que le Bureau Sanitaire Panaméricain, qui sert de Bureau régional de l'OMS pour les Amériques, est une institution spécialisée de l'Organization of American States, et, comme telle, participe directement à l'exécution de son programme.

En outre, la Mutual Security Agency et la Technical Co-operation Administration des Etats-Unis d'Amérique se sont développées rapidement. Parmi les autres programmes qui prennent de l'ampleur, il y a lieu de signaler ceux qui ont été entrepris par la Belgique, la France et le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, ainsi que celui qui a été mis en œuvre par la nouvelle Fondation norvégienne d'assistance aux pays insuffisamment développés.

Fournitures et matériel

L'exécution des phases initiales de certains programmes, notamment des programmes de formation professionnelle et de démonstrations qui intéressent la santé, nécessite l'importation de grandes quantités de matériel d'équipement et de fournitures, dans des conditions souvent fort onéreuses. Tenant compte des difficultés que les gouvernements ont rencontrées pour financer, même partiellement, ces achats, le Comité de l'Assistance technique a recommandé l'observation d'une certaine souplesse dans l'interprétation des règles relatives au matériel et aux fournitures.[2] En novembre 1951, le Bureau de l'Assistance technique a décidé d'autoriser, sous réserve de son approbation préalable, l'exécution de projets pour lesquels l'achat de fournitures et de matériel représente plus de 25% du coût total. Il s'est avéré que, même ainsi, la mise en œuvre de nombreux programmes sanitaires était encore entravée et retardée. A la suite d'une nouvelle intervention de l'OMS, le Comité de l'Assistance technique et le Conseil Economique et Social ont consenti une politique plus libérale, ce qui a permis au Bureau d'adopter un système plus satisfaisant ; il a été décidé que le directeur général de l'institution spécialisée intéressée pourrait prendre sur lui d'approuver l'exécution de tout projet pour lequel les achats de matériel et de fournitures représentent plus de 25% du coût total, à condition que ce matériel et ces fournitures ne puissent être obtenus d'autres sources et que toute autorisation dans ce sens soit notifiée, accompagnée d'un avis motivé, au Président du Bureau de l'Assistance technique. Cet assouplissement, en vertu duquel il appartient désormais à l'organisation intéressée d'autoriser de telles dépenses en raison de considérations techniques, a permis à l'OMS d'entreprendre, sous des auspices favorables, des programmes à long terme de formation professionnelle et de démonstrations dans des cas où il fallait se procurer un pourcentage plus élevé de matériel et de fournitures de provenance internationale.

Dépenses locales à la charge des gouvernements bénéficiaires

Le programme élargi d'assistance technique représentant un effort solidaire des pays évolués et des pays sous-évolués en vue d'améliorer les conditions de la vie économique et sociale, les gouvernements requérants ont normalement été appelés, aux termes de la résolution 222 (IX) du Conseil Economique et Social, dont il a été question plus haut, à assumer une part importante des frais de l'assistance technique qui leur est fournie, en prenant au moins à leur charge la partie de ces dépenses qui peut être réglée dans leur propre monnaie. Toutefois, on s'est rendu compte, dès l'origine, que certains des pays insuffisamment développés qui avaient le plus besoin d'assistance technique n'étaient pas en mesure de s'acquitter intégralement de cette obligation. Après examen de la situation, le Comité de l'Assistance technique a adopté une résolution [3] dont a pris acte le Conseil Economique et Social en mars 1951, lors de sa douzième session, et qui prévoyait une interprétation plus souple de la règle susmentionnée. Cette résolution précise les postes dont le financement doit normalement incomber aux gouvernements intéressés, mais prévoit que, dans certains cas, les gouvernements pourraient être dispensés de pourvoir au logement des experts, sous réserve de l'approbation préalable du Bureau de l'Assistance technique. Avec le développement rapide du programme pendant le deuxième exercice financier, les obligations financières des pays bénéficiaires sont devenues proportionnellement plus élevées et de nombreux gouvernements ont été obligés de demander des exemptions. Il en a été notamment ainsi des projets sanitaires dans lesquels la rétribution du personnel local ainsi que d'autres obligations financières à la charge des gouvernements représen-

[2] Document des Nations Unies E/TAC/SR.16

[3] Reproduite dans *Actes off. Org. mond. Santé*, **35**, 389

tent un pourcentage très élevé du coût total. Consciente de cet état de fait, la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé a, dans sa résolution WHA5.59, pris des décisions en vue d'alléger les obligations de nombreux gouvernements qui sollicitent des exonérations au titre du programme ordinaire de l'OMS et a recommandé que le Comité de l'Assistance technique reprenne l'examen de ce problème en ce qui concerne les projets relevant de l'assistance technique.

Le Comité de l'Assistance technique a réservé un accueil favorable à cette recommandation et décidé ce qui suit : 1) en attendant qu'il ait été procédé à un nouvel examen détaillé de l'ensemble du problème, le Président-Directeur devra, en consultation avec les organisations participantes et avec le concours des représentants à demeure de l'assistance technique, veiller à l'observation du principe selon lequel les gouvernements doivent fournir une contribution substantielle en monnaie locale ou en nature ; il faudra, d'autre part, assurer toute l'uniformité possible dans les accords relatifs à des projets de même ordre ; 2) les gouvernements requérants, bien que devant s'engager à procurer aux experts un logement satisfaisant, ne seront pas tenus de pourvoir aux frais de logement ou de verser l'indemnité de subsistance des experts ; 3) les gouvernements requérants pourront également être dispensés dans certains cas d'assurer les transports locaux ; 4) les gouvernements bénéficiaires ne seront pas nécessairement tenus d'assurer les frais de voyage à l'étranger des boursiers.[4] Le Conseil Economique et Social a pris acte de cette décision à sa session de juillet, dans la résolution 433 (XIV) B.

Dans tous les cas, la responsabilité des décisions à prendre dans ce sens incombe au directeur général de l'organisation intéressée, mais celui-ci doit tenir périodiquement le Président-Directeur au courant des dispenses qu'il a consenties.

[4] Document des Nations Unies E/2304, annexe II

Plans relatifs à la troisième période (1953) du programme élargi d'assistance technique

Dans la résolution 433 (XIV) B, adoptée au cours de sa quatorzième session, le Conseil Economique et Social recommandait aux gouvernements de verser au titre de la troisième période du programme d'assistance technique, des contributions dont le montant total devrait atteindre US $25.000.000 et invitait l'Assemblée générale des Nations Unies à prendre, à sa septième session, les dispositions voulues pour solliciter et recevoir les promesses de contribution des gouvernements.

Pour la troisième période, les fonds reçus devront être répartis sur la base de dispositions analogues à celles qui sont déjà en vigueur. En d'autres termes, 50% du montant des contributions promises, jusqu'à concurrence de 10 millions de dollars, seront répartis d'après les pourcentages fixés par le Conseil dans sa résolution 222 (IX) A. Le solde sera versé au Compte spécial en vue d'être distribué par le Bureau de l'Assistance technique pour le financement de projets déterminés relevant de différentes institutions, et ce dans la mesure où ces projets sont susceptibles de contribuer au développement économique des pays requérants. Actuellement, l'OMS n'est pas encore en état de prévoir la somme totale dont elle disposera pour le programme de 1953. Les obligations qu'elle a contractées en ce qui concerne ses futures opérations sont déjà importantes et la continuation des projets commencés en 1952 exigera vraisemblablement un montant supérieur à celui qui lui revient automatiquement. Les nouvelles activités prévues pour 1953 devront donc être approuvées par le Bureau de l'Assistance technique, compte tenu des principes qu'il a fixés de concert avec le Conseil Economique et Social, et des fonds disponibles.

CHAPITRE 19

SERVICES SANITAIRES A DES GROUPES SPÉCIAUX

Indépendamment de l'aide prêtée aux gouvernements, l'OMS a continué de fournir en 1952, à la demande de l'Organisation des Nations Unies, des services sanitaires à des groupes spéciaux : réfugiés de Palestine, qui relèvent de l'Office de Secours et de Travaux des Nations Unies pour les Réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient (UNRWAPRNE), et population civile de Corée.

Réfugiés de Palestine

L'année 1952 a été la quatrième année de collaboration de l'OMS à l'œuvre entreprise en faveur des réfugiés de Palestine. Le nombre des bénéficiaires de ce programme au Liban, en Syrie, en Jordanie et dans la région de Gaza s'élève à plus de 850.000. Dès la création de l'UNRWAPRNE, en mai 1950, l'OMS a été chargée d'élaborer le programme sanitaire de l'Office et d'en diriger l'exécution. A cet effet, elle a détaché auprès de l'UNRWAPRNE un médecin chef de mission, un paludologue, un ingénieur sanitaire, et elle lui a procuré des experts-conseils au fur et à mesure des besoins. L'OMS prend à son compte le paiement des traitements et des indemnités du chef de la mission et du paludologue et elle verse en outre une subvention annuelle de $42.857 à l'UNRWAPRNE. Ces dispositions sont stipulées dans un accord entre les deux organisations [1] qui a été prorogé jusqu'au 30 juin 1953 par la résolution WHA5.72.

Au cours de sa sixième session, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté une résolution [2] aux termes de laquelle elle approuvait un programme triennal d'assistance partant du 1er juillet 1951, dont l'objet est de secourir les réfugiés de Palestine et de les mettre en état de se suffire à eux-mêmes ; dans cette même résolution, l'Assemblée générale a remercié les institutions spécialisées de l'aide qu'elles ont apportée à l'UNRWAPRNE.

Les rapports annuels de la Division sanitaire de l'UNRWAPRNE, que l'on peut se procurer à son Bureau de Beyrouth (Liban), rendent compte en détail de l'activité sanitaire de cet organisme.

D'une manière générale, l'état de santé des réfugiés pendant l'année 1952 a été satisfaisant. Il n'a été constaté aucun cas de maladie soumise à quarantaine. Quelques cas sporadiques de typhus endémique et plusieurs cas de fièvre récurrente à tiques ont été enregistrés. La fréquence de la poliomyélite a été plus élevée qu'à l'ordinaire au Liban et en Syrie, où il y a eu 54 cas en septembre ; sur ce nombre, 10 se sont déclarés parmi les très jeunes réfugiés. L'incidence des fièvres intestinales a été à peu près la même que dans les pays d'accueil, mais elle a été moins élevée parmi les réfugiés vivant dans les camps que parmi les autres réfugiés. L'efficacité de la lutte antituberculeuse a été à peu près la même que dans les pays d'accueil ; toutefois, la situation laisse encore beaucoup à désirer à cet égard. Le trachome accuse toujours une fréquence considérable, mais le prix élevé des pommades antibiotiques et l'insuffisance du personnel disponible n'ont pas permis d'organiser en grand le traitement de la maladie

Dans la lutte contre le paludisme parmi les réfugiés, qui s'inspire maintenant du résultat des enquêtes effectuées sur cette maladie, on a renoncé au traitement à effet rémanent appliqué en série, pour adopter le traitement sélectif de locaux situés près des gîtes larvaires et dans le voisinage des camps de réfugiés. Au cours de l'année, on a ainsi protégé quelque 160.000 personnes, moyennant une dépense d'environ 12 cents des Etats-Unis par tête. Dans toutes les régions l'incidence du paludisme a marqué une certaine régression. Les cas nouveaux représentant une transmission véritable sont extrêmement rares parmi les nourrissons dans les régions protégées. Les mesures prises ont été décrites comme constituant le premier programme destiné à prévenir l'apparition de cas de paludisme dans des zones de forte endémicité, parmi une population vivant dans des conditions favorables à la propagation de la maladie. Dans la vallée du Jourdain, que le paludisme rendait auparavant presque inhabitable, vivent maintenant 90.000 réfugiés indemnes de cette maladie. Lorsqu'il s'agit de trouver, pour y établir des réfugiés, une zone susceptible d'un développement agricole, on tient compte tout spécialement des dangers qu'elle peut présenter pour la santé en général et des risques de paludisme en particulier. Tous les plans d'établisse-

[1] *Actes off. Org. mond. Santé*, **35**, 376

[2] Résolution 513 (VI)

ment comportent une enquête sur le paludisme. Huit jeunes réfugiés ont reçu une formation technique en matière de paludisme et l'on se propose de développer encore davantage cet enseignement.

L'enquête sur l'état de nutrition, entreprise au début de l'année par des experts de l'OMS et de la FAO, a montré que parmi les enfants réfugiés, ceux qui pouvaient être considérés comme ayant une alimentation déficiente étaient relativement peu nombreux. Le degré de malnutrition variait suivant que les rations fournies constituaient les seules ressources alimentaires des réfugiés ou ne constituaient qu'une partie de celles-ci.

Les réfugiés disposent de 79 dispensaires dirigés par l'UNRWAPRNE et de près de 2.000 lits d'hôpital. Environ 10.000 examens sont effectués chaque mois dans des laboratoires de l'UNRWAPRNE ou dans d'autres laboratoires. En vertu d'un accord conclu vers le milieu de l'année entre l'OMS, le Gouvernement du Royaume Hachimite de Jordanie et l'UNRWAPRNE, le Gouvernement reprendra à son compte le laboratoire de santé publique de Jérusalem qui relève de l'UNRWAPRNE ; de son côté l'OMS en assumera la surveillance technique et se chargera de procurer du personnel international, des bourses d'études et d'envoyer les fournitures nécessaires. Ces dispositions concordent avec la politique suivie par l'UNRWAPRNE, qui tient à conférer un caractère permanent à certains aspects de son programme. Un expert de l'OMS, spécialiste de l'éducation sanitaire, a passé trois mois dans la région pour encourager l'adoption de mesures d'éducation sanitaire et pour mettre sur pied un programme commun OMS/UNRWAPRNE de formation professionnelle qui constituera la base d'une action en faveur des réfugiés.

L'exécution du programme de lutte antivénérienne de l'UNRWAPRNE s'est poursuivie pendant toute l'année. Sur plus de 28.000 tests sérologiques pratiqués pour la recherche de la syphilis, au cours d'une période de douze mois, 7,3 % ont donné des résultats positifs. On estime que la morbidité générale par syphilis est inférieure à 5 %.

Dans le domaine de l'assainissement, les principales conditions à réaliser sont l'établissement d'un système de distribution d'eau potable et d'un mode d'évacuation des détritus présentant toutes garanties, ainsi que la création d'abris satisfaisants dans des tentes ou dans des maisons. Sur un nombre approximatif de 850.000 réfugiés, 282.000 environ vivent dans 60 camps de dimensions diverses et les autres sont établis dans les villes et les villages. Si primitives que puissent être les installations sanitaires, l'absence d'épidémies engendrées par la malpropreté témoigne de leur efficacité.

La formation de personnel sanitaire auxiliaire constitue maintenant une partie importante du programme de l'UNRWAPRNE. Au cours de l'année 1952, 165 assistants de diverses catégories ont été formés ou ont poursuivi leur instruction. Les trois quarts environ de ceux qui ont terminé leur période de formation sont déjà employés ; en outre, 13 réfugiés ont participé à des programmes de formation professionnelle patronnés par la Technical Co-operation Administration des Etats-Unis d'Amérique, à l'Université américaine de Beyrouth

L'immunisation prophylactique a également constitué un élément important du programme. Au cours d'une période de douze mois, il a été pratiqué 263.944 vaccinations antivarioliques, 580.068 vaccinations contre les fièvres typho-paratyphoïdes et 303.303 vaccinations antidiphtériques.

La Division sanitaire de l'UNRWAPRNE, qui dispose d'un budget légèrement supérieur à $2.000.000 par an, compte quelque 2.000 employés, dont 16 seulement sont des fonctionnaires internationaux, ce qui représente une réduction sensible par rapport à l'année 1950, où elle comptait 29 fonctionnaires internationaux, et plus sensible encore par rapport à la période antérieure à la création de l'UNRWAPRNE, où l'effectif des services sanitaires comprenait 129 fonctionnaires internationaux.

L'UNRWAPRNE n'est pas seule à assurer une assistance sanitaire aux réfugiés. Un grand nombre d'organisations bénévoles contribuent à cette action par des moyens divers ; certaines en assurant le fonctionnement d'hôpitaux avec une subvention de l'UNRWAPRNE et d'autres en organisant elles-mêmes certains services. Les pays d'accueil prêtent eux aussi leur concours.

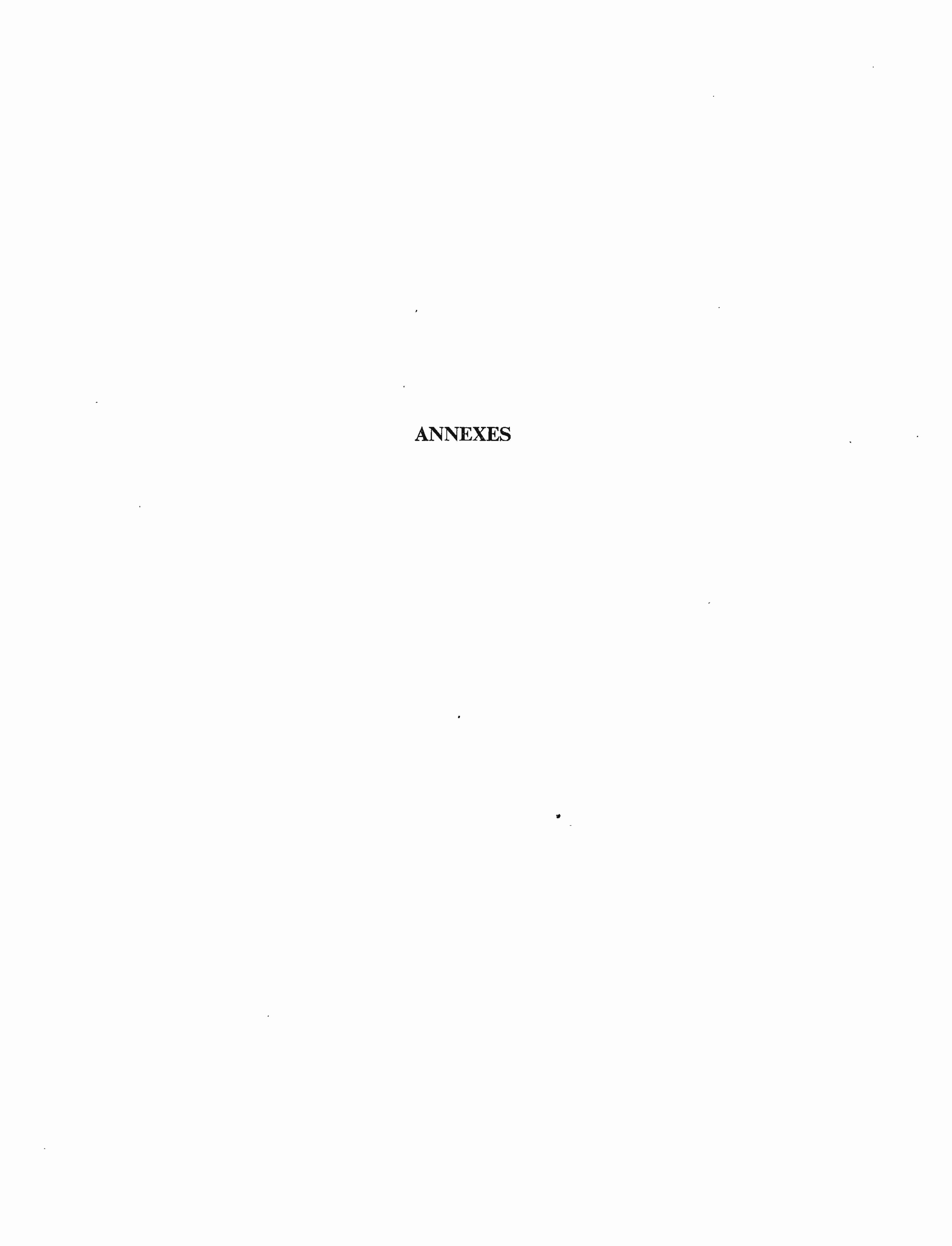
Corée

En juillet 1952, l'Agence des Nations Unies pour le Relèvement de la Corée (UNKRA) a demandé à l'OMS d'envoyer dans la République de Corée une mission chargée d'établir, après consultation avec le Gouvernement, un plan de réorganisation des services sanitaires. Deux autres institutions spécialisées, la FAO et l'UNESCO, ont également envoyé des missions chargées de formuler des propositions sur divers aspects de l'œuvre de relèvement. Comme les trois institutions ont certains domaines d'intérêt commun, notamment la nutrition et l'enseignement de la médecine, les missions ont jugé utile de se concerter de temps à autre.

Au cours des trois mois passés en Corée, la mission de l'OMS a visité presque toutes les régions accessibles du pays et s'est tenue aussi étroitement que possible en contact avec les fonctionnaires et les membres du personnel sanitaire coréens pour discuter librement avec eux les problèmes à résoudre.

Le rapport de la mission ne traite que des principes et des aspects généraux des diverses questions et en laisse les détails à ceux qui exécuteront le travail. Les propositions visent à établir les services sanitaires et médicaux sur des bases stables et prévoient une période de cinq ans pour mener à bien cette réorganisation. Une description de l'état actuel de ces services précède l'exposé des objectifs de la réorganisation ainsi qu'une esquisse des méthodes qui permettraient au Gouvernement, avec l'aide de l'UNKRA, d'atteindre ces objectifs.

Parmi les mesures envisagées pour un avenir immédiat figurent la lutte contre les maladies épidémiques et endémiques, l'envoi de fournitures, la formation de personnel, l'amélioration des conditions de salubrité dans les villes, les soins médicaux, l'enseignement de la médecine, l'attribution de bourses d'études et un programme d'ensemble pour l'œuvre de relèvement. Une action de longue haleine est également suggérée en ce qui concerne plus particulièrement l'organisation des services, les finances, l'enseignement de la médecine, la réorganisation des hôpitaux et des unités sanitaires, la reconstitution des laboratoires et l'amélioration des services de distribution d'eau.



ANNEXES

Annexe 1

ÉTATS MEMBRES DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
(31 décembre 1952)

Etats qui ont accepté ou ratifié la Constitution de l'OMS, signée à New-York le 22 juillet 1946, et territoires admis en qualité de Membres associés [1] :

Etats Membres	*Date d'acceptation ou de ratification*
Afghanistan (37)	19 avril 1948
Albanie (13)	26 mai 1947
Allemagne, République fédérale d' (78)	29 mai 1951
Arabie Saoudite (14)	26 mai 1947
Argentine (56)	22 octobre 1948
Australie (28)	2 février 1948
Autriche (15)	30 juin 1947
Belgique (49)	25 juin 1948
Biélorussie, RSS de (34)	7 avril 1948
Birmanie (50)	1er juillet 1948
Bolivie (68)	23 décembre 1949
Brésil (39)	2 juin 1948
Bulgarie (41)	9 juin 1948
Cambodge (72)	17 mai 1950
Canada (3)	29 août 1946
Ceylan (52)	7 juillet 1948
Chili (55)	15 octobre 1948
Chine (1)	22 juillet 1946
Corée (65)	17 août 1949
Costa-Rica (60)	17 mars 1949
Cuba (70)	9 mai 1950
Danemark (36)	19 avril 1948
Egypte (25)	16 décembre 1947
Equateur (59)	1er mars 1949
Espagne (77)	28 mai 1951
Etats-Unis d'Amérique (46)	21 juin 1948
Ethiopie (11)	11 avril 1947
Finlande (22)	7 octobre 1947
France (42)	16 juin 1948
Grèce (31)	12 mars 1948
Guatemala (66)	26 août 1949
Haïti (17)	12 août 1947
Honduras (61)	8 avril 1949
Hongrie (43)	17 juin 1948
Inde (27)	12 janvier 1948
Indonésie, République d' (74)	23 mai 1950
Irak (20)	23 septembre 1947
Iran (4)	23 novembre 1946
Irlande (23)	20 octobre 1947
Islande (44)	17 juin 1948
Israël (64)	21 juin 1949
Italie (10)	11 avril 1947
Japon (76)	16 mai 1951
Jordanie, Royaume Hachimite de (9)	7 avril 1947
Laos (71)	17 mai 1950
Liban (58)	19 janvier 1949
Libéria (7)	14 mars 1947
Libye, Royaume-Uni de (79)	16 mai 1952
Luxembourg (63)	3 juin 1949
Mexique (35)	7 avril 1948
Monaco (53)	8 juillet 1948
Nicaragua (69)	24 avril 1950
Norvège (18)	18 août 1947
Nouvelle-Zélande (5)	10 décembre 1946
Pakistan (48)	23 juin 1948
Panama (75)	20 février 1951
Paraguay (57)	4 janvier 1949
Pays-Bas (12)	25 avril 1947
Pérou (67)	11 novembre 1949
Philippines, République des (54)	9 juillet 1948
Pologne (38)	6 mai 1948
Portugal (29)	13 février 1948
République Dominicaine (45)	21 juin 1948
Roumanie (40)	8 juin 1948
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord (2)	22 juillet 1946
Salvador (47)	22 juin 1948
Suède (19)	28 août 1947
Suisse (8)	26 mars 1947
Syrie (6)	18 décembre 1946
Tchécoslovaquie (30)	1er mars 1948
Thaïlande (21)	26 septembre 1947
Turquie (26)	2 janvier 1948
Ukraine, RSS d' (33)	3 avril 1948
Union des Républiques Socialistes Soviétiques (32)	24 mars 1948
Union Sud-Africaine (16)	7 août 1947
Uruguay (62)	22 avril 1949
Venezuela (51)	7 juillet 1948
Viet-Nam (73)	17 mai 1950
Yougoslavie (24)	19 novembre 1947

Membres associés	*Date d'admission*
Maroc (Protectorat français) (2)	12 mai 1952
Rhodésie du Sud (1)	16 mai 1950
Tunisie (3)	12 mai 1952

[1] Les chiffres qui figurent entre parenthèses après le nom du pays indiquent soit l'ordre chronologique d'acceptation de ratification de la Constitution, soit l'ordre d'admission en qualité de Membre associé.

Annexe 2

COMPOSITION DU CONSEIL EXÉCUTIF

(31 décembre 1952)

Etats Membres appelés à désigner une personne pour siéger au Conseil Exécutif :

	Durée du mandat[1] (période non échue)
1. Belgique	2 ans
2. Brésil	3 ans
3. Canada	3 ans
4. Ceylan	2 ans
5. Chili	1 an
6. Cuba	2 ans
7. Danemark	3 ans
8. France	1 an
9. Grèce	2 ans
10. Iran	3 ans
11. Italie	1 an
12. Liban	2 ans
13. Libéria	2 ans
14. Nouvelle-Zélande	3 ans
15. Pakistan	1 an
16. Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	3 ans
17. Salvador	1 an
18. Thaïlande	1 an

Composition du Conseil Exécutif après la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé (mai 1952) :

	Désignés par :
Dr M. JAFAR, Director-General of Health, Karachi, *Président*	Pakistan
Professeur G. A. CANAPERIA, Médecin-Inspecteur général au Haut Commissariat pour l'Hygiène et la Santé publique, Rome, *Vice-Président*	Italie
Dr A. H. TABA,[2] Chef du Service médical des Chemins de Fer iraniens, Téhéran, *Vice-Président*	Iran
Dr G. ALIVISATOS, Professeur d'Hygiène à l'Université et d'Epidémiologie à l'Ecole d'Hygiène d'Athènes	Grèce
Dr J. ALLWOOD-PAREDES,[3] Directeur général de la Santé publique, San-Salvador	Salvador
Dr O. ANDERSEN, Professeur de Pédiatrie à l'Université de Copenhague	Danemark
Dr C. VAN DEN BERG, Directeur général pour les Affaires internationales de Santé au Ministère des Affaires sociales et de la Santé publique des Pays-Bas, La Haye	Belgique
Dr A. L. BRAVO, Chef de la Division de la Tuberculose, Service de la Santé publique, Santiago	Chili
Dr S. DAENGSVANG, Directeur général adjoint du Département de la Santé publique, Bangkok	Thaïlande
Dr M. J. FERREIRA, Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de l'Etat, Rio-de-Janeiro	Brésil
Dr S. HAYEK, Médecin-chef au Ministère de l'Hygiène et de l'Assistance publique	Liban
Dr F. HURTADO,[4] Professeur de Pédiatrie à l'Ecole de Médecine, Université de La Havane	Cuba
Dr O. LEROUX, Directeur adjoint des Etudes sur l'assurance - santé, Ministère de la Santé nationale et du Bien-Etre social	Canada
Dr Melville MACKENZIE, Principal Medical Officer, Ministry of Health, Londres	Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord
Professeur J. PARISOT, Doyen de la Faculté de Médecine de Nancy	France
Dr J. N. TOGBA, Director of Public Health and Sanitation, Monrovia	Libéria
Dr H. B. TURBOTT, Deputy Director-General of Health, Wellington	Nouvelle-Zélande
Dr W. G. WICKREMESINGHE, Director of Health Services, Colombo	Ceylan

[1] A dater de la clôture de la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé (mai 1952)
[2] Le Dr Taba a résigné ses fonctions au Conseil lorsqu'il est devenu membre du Secrétariat de l'Organisation le 5 août 1952
[3] Remplacé par son suppléant le Dr A. Aguilar à la dixième session du Conseil, 29 mai-3 juin 1952
[4] Absent à la dixième session du Conseil, 29 mai-3 juin 1952

Annexe 3

TABLEAUX ET COMITÉS D'EXPERTS

En vue d'assurer à l'Organisation des avis techniques par correspondance et de lui fournir les membres de ses comités d'experts, des tableaux d'experts ont été institués pour chacun des sujets suivants :

Administration de la santé publique
Antibiotiques
Assainissement
Brucellose
Choléra
Drogues susceptibles d'engendrer la toxicomanie
Education sanitaire de la population
Fièvre jaune
Formation professionnelle et technique du personnel médical et auxiliaire
Hygiène de la maternité et de l'enfance
Hygiène sociale et médecine du travail
Insecticides
Lèpre
Maladies à virus
Maladies parasitaires
Maladies vénériennes et tréponématoses (y compris sérologie et techniques de laboratoire)
Nutrition
Paludisme
Peste
Pharmacopée internationale et préparations pharmaceutiques
Quarantaine internationale
Rage
Rickettsioses
Santé mentale
Soins infirmiers
Standardisation biologique
Statistiques sanitaires
Trachome
Tuberculose
Zoonoses

La présente annexe indique la répartition géographique des experts inscrits aux tableaux qui existaient à la fin de l'année ; elle contient également une liste des membres qui ont participé aux sessions de comités d'experts en 1952.

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES MEMBRES INSCRITS AUX TABLEAUX D'EXPERTS A LA FIN DE L'ANNÉE 1952

Régions et pays	*Nombre de membres*	*Total par Région*
Afrique		
Congo belge	3	
Kenya	1	
Nigeria	2	
Ouganda	2	
Rhodésie du Sud	1	
Sierra-Leone	1	
Tanganyika	1	
Union Sud-Africaine	14	25
Amériques		
Antilles britanniques	3	
Argentine	14	
Bolivie	1	
Brésil	29	
Canada	39	
Chili	18	
Colombie	2	
Cuba	4	
Amériques (suite)		
Equateur	5	
Etats-Unis d'Amérique	220	
Guatemala	2	
Guyane britannique	1	
Haïti	2	
Jamaïque	1	
Mexique	12	
Nicaragua	1	
Panama	5	
Paraguay	2	
Pérou	5	
Porto-Rico	2	
République Dominicaine	2	
Salvador	4	
Trinité	2	
Uruguay	4	
Venezuela	12	392

Régions et pays	*Nombre de membres*	*Total par Région*
Asie du Sud-Est		
Afghanistan	1	
Ceylan	8	
Inde	53	
Indonésie	7	
Thaïlande	3	72
Europe		
Allemagne	9	
Autriche	5	
Belgique	27	
Danemark	23	
Espagne	7	
Finlande	12	
France [1]	90	
Grèce	10	
Hongrie	2	
Irlande	5	
Islande	2	
Italie	25	
Norvège	11	
Pays-Bas	23	
Pologne	1	
Portugal	5	
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	117	
Suède	26	
Suisse	25	
Tchécoslovaquie	1	
Europe (suite)		
Turquie	14	
Yougoslavie	13	453
Méditerranée orientale		
Chypre	2	
Egypte	25	
Irak	2	
Iran	6	
Israël	12	
Liban	3	
Pakistan	6	56
Pacifique occidental		
Australie	6	
Chine	2	
Hong-kong	1	
Japon	5	
Malaisie	1	
Nord-Bornéo	1	
Nouvelle-Guinée néerlandaise	1	
Nouvelle-Zélande	3	
Philippines	8	28
Territoire non rattaché à une Région		
Tanger	1	1
TOTAL		1.027

[1] Y compris l'Union française

COMPOSITION DES COMITÉS D'EXPERTS EN 1952

Comité d'experts de la Bilharziose

Première session

Dr D. M. Blair, Director of Preventive Services, Department of Health, Salisbury, Rhodésie du Sud

Professor E. C. Faust, Head, Division of Parasitology, Department of Tropical Medicine and Public Health, Tulane University of Louisiana, Nouvelle-Orléans, La., Etats-Unis d'Amérique

Dr J. Gaud, Directeur de l'Institut d'Hygiène du Maroc, Rabat, Maroc

Dr D. B. McCullen, Chief, Department of Medical Zoology, Army Medical Service Graduate School, Walter Reed Army Medical Center, Washington, D.C., Etats-Unis d'Amérique

Dr J. Oliver Gonzalez, Associate Professor of Parasitology, Department of Microbiology, School of Medicine, University of Puerto Rico, San Juan, Porto-Rico

Dr W. H. Wright, Chief, Laboratory of Tropical Diseases, National Microbiological Institute, National Institutes of Health (US Public Health Service), Bethesda, Md., Etats-Unis d'Amérique

Comité d'experts pour la Standardisation biologique

Sixième session

Dr J. H. Gaddum, Professor of Pharmacology, Edinburgh University, Edimbourg, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

Dr E. Grasset, Directeur de l'Institut d'Hygiène ; Professeur de Bactériologie et d'Hygiène à l'Université de Genève, Suisse

Dr C. Hamburger, Chef du Département des Hormones, Statens Seruminstitut, Copenhague, Danemark

Dr N. K. Jerne, Chef par interim du Service de Standardisation biologique, Statens Seruminstitut, Copenhague, Danemark

Dr D. C. Lahiri, Assistant Director, Haffkine Institute, Bombay, India

Dr C. A. Morrell, Directeur des Services des Aliments et Drogues, Ministère de la Santé nationale et du Bien-Etre social, Ottawa, Canada

Professor A. B. Nichols, Secretary, United States Pharmacopoeial Convention, Inc., New-York, Etats-Unis d'Amérique

Dr W. L. M. Perry, Director, Department of Biological Standards, National Institute for Medical Research, Mill Hill, Londres, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

Dr J. Tréfouël, Directeur de l'Institut Pasteur, Paris, France

Dr W. G. Workman, Chief, Biologics Control Laboratory, National Microbiological Institute, National Institutes of Health (US Public Health Service,) Bethesda, Md., Etats-Unis d'Amérique

Comité d'experts des Drogues susceptibles d'engendrer la Toxicomanie

Troisième session

Sir Ram N. Chopra, Professor of Pharmacology ; Director, Drug Research Laboratory, Srinagar, Cachemire

Dr N. B. Eddy, Chief, Section on Analgesics, Division of Chemistry, National Institute of Arthritis and Metabolic Diseases, National Institutes of Health (US Public Health Service), Bethesda, Md., Etats-Unis d'Amérique

Dr H. Fischer,[2] Professeur de Pharmacologie à la Faculté de Médecine de l'Université de Zurich, Suisse

Dr G. Joachimoglu, Professeur de Pharmacologie ; Président du Conseil supérieur de la Santé, Ministère de l'Hygiène, Athènes, Grèce

Dr J. La Barre, Professeur de Pharmacologie à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Bruxelles, Belgique

Dr B. Lorenzo-Velásquez, Professeur de Pharmacologie à la Faculté de Médecine de l'Université de Madrid, Espagne

Mr. J. R. Nicholls, D. Sc., Deputy Government Chemist, Government Laboratory, Londres, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

Dr F. Verzár,[2] Professeur de Physiologie à la Faculté de Médecine de l'Université de Bâle, Suisse

Comité d'experts de l'Hépatite

Première session

Dr W. P. Havens, Associate Professor of Medicine, Jefferson Medical College, Philadelphie, Pa., Etats-Unis d'Amérique

Professor C. D. de Langen, Clinique médicale, Fondation « Hôpital de la Ville et de l'Université », Utrecht, Pays-Bas

Dr F. O. MacCallum, Director, Virus Reference Laboratory, Public Health Laboratory Service, Londres, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

Professeur G. C. O. Olin, Directeur du Laboratoire bactériologique de l'Etat, Stockholm, Suède

Dr J. R. Paul, Professor of Preventive Medicine, Yale University School of Medicine, New-Haven, Conn., Etats-Unis d'Amérique

Dr N. G. H. Welin, Médecin adjoint, Hôpital Sahlgren, Göteborg, Suède

[2] A assisté à une partie de la session.

Comité d'experts de la Grippe

Première session

Dr C. H. Andrewes, Centre mondial de la Grippe de l'OMS ; Deputy Director of the National Institute for Medical Research, Mill Hill, Londres, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

Professeur I. Archetti, Istituto Superiore di Sanità, Rome, Italie

Dr Dorland J. Davis, Executive Secretary, Influenza Information Center, National Institutes of Health (US Public Health Service), Bethesda, Md., Etats-Unis d'Amérique

Dr M. R. Hilleman, Chief, Diagnostic and Respiratory Research Sections, Department of Virus and Rickettsial Diseases, Army Medical Service Graduate School, Washington D.C., Etats-Unis d'Amérique

Professeur P. Lépine, Chef du Service des Virus, Institut Pasteur, Paris, France

Professor T. P. Magill, Strain Study Center for the Americas, Department of Microbiology and Immunology, State University Medical Center at New York, Brooklyn, N.Y., Etats-Unis d'Amérique

Dr Preben von Magnus, Chef de Laboratoire, Statens Seruminstitut, Copenhague, Danemark

Professeur J. Mulder, Professeur de Médecine, Clinique médicale de l'Université, Leyde, Pays-Bas

Professor C. H. Stuart-Harris, University Department of Medicine, The Royal Hospital, Sheffield, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

Comité d'experts de la Pharmacopée internationale et des Préparations pharmaceutiques

Dixième session

Dr H. Baggesgaard Rasmussen, Professeur de Chimie organique à l'Ecole royale danoise de Pharmacie, Copenhague, Danemark ; Membre de la Commission de la Pharmacopée danoise et du Conseil scandinave de la Pharmacopée

Dr T. Canbäck, Directeur du Laboratoire de Contrôle des produits pharmaceutiques, Stockholm, Suède ; Vice-Président de la Commission de la Pharmacopée suédoise ; Membre du Conseil scandinave de la Pharmacopée

Dr I. R. Fahmy, Professeur de Pharmacognosie à la Faculté de Médecine de l'Université Fouad Ier, Le Caire, Egypte ; Secrétaire de la Commission de la Pharmacopée égyptienne

Dr H. Flück, Professeur de Pharmacognosie à l'Ecole Polytechnique fédérale, Zurich, Suisse ; Membre de la Commission fédérale de la Pharmacopée

Dr C. H. Hampshire, formerly Secretary, British Pharmacopoeia Commission, General Medical Council Office, Londres, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

Dr R. Hazard, Professeur de Pharmacologie et de Matière médicale à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, France ; Membre de la Commission de la Pharmacopée française

Dr L. C. Miller, Director of Revision of the Pharmacopoeia of the United States of America, New-York, Etats-Unis d'Amérique

Dr D. van Os, Professeur de Pharmacie et de Toxicologie à l'Université de Groningue, Pays-Bas ; Président de la Commission de la Pharmacopée néerlandaise

Onzième session [3]

Dr J. L. Andrade, Professeur de Pharmacie et de Chimie à l'Université de Caracas ; Chef du Laboratoire d'Analyse des Aliments, Drogues et Cosmétiques du Ministère de la Santé et de l'Assistance sociale, Caracas, Venezuela

Dr T. Canbäck, Directeur du Laboratoire de contrôle des produits pharmaceutiques, Stockholm, Suède ; Vice-Président de la Commission de la Pharmacopée suédoise ; Membre du Conseil scandinave de la Pharmacopée

Dr H. Flück, Professeur de Pharmacognosie à l'Ecole Polytechnique fédérale, Zurich, Suisse ; Membre de la Commission fédérale de la Pharmacopée

Dr C. H. Hampshire, formerly Secretary, British Pharmacopoeia Commission, General Medical Council Office, Londres, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

Dr R. Hazard, Professeur de Pharmacologie et de Matière médicale à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, France ; Membre de la Commission de la Pharmacopée française

Dr C. Heymans, Professeur de Pharmacologie et de Toxicologie à l'Université de Gand, Belgique

Dr L. C. Miller, Director of Revision of the Pharmacopoeia of the United States of America, New-York, Etats-Unis d'Amérique

Dr D. van Os, Professeur de Pharmacie et de Toxicologie à l'Université de Groningue, Pays-Bas ; Président de la Commission de la Pharmacopée néerlandaise

Dr P. Valenzuela, Doyen de la Faculté de Pharmacie de l'Université des Philippines ; Président de la Section des Pharmacopées du Conseil des Recherches des Philippines, Manille, République des Philippines.

Sous-Comité des Dénominations communes

Quatrième et cinquième sessions

Dr H. Baggesgaard Rasmussen, Professeur de Chimie organique à l'Ecole royale danoise de Pharmacie, Copenhague, Danemark ; Membre de la Commission de la Pharmacopée danoise et du Conseil scandinave de la Pharmacopée

Dr C. H. Hampshire, formerly Secretary, British Pharmacopoeia Commission, General Medical Council Office, Londres, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

Dr R. Hazard, Professeur de Pharmacologie et de Matière médicale à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, France ; Membre de la Commission de la Pharmacopée française

Dr L. C. Miller, Director of Revision of the Pharmacopoeia of the United States of America, New-York, Etats-Unis d'Amérique

[3] Le Dr H. Baggesgaard Rasmussen n'a pu assister à la onzième session.

Comité d'expert de la Lèpre

Première session

Dr Dharmendra, Di Leprosy Research Department, School of Tropical Medicine, Calcutta, Inde

Dr J. Lowe, Leprosy Research Unit, Uzuakoli, Nigeria

Dr J. N. Rodriguez, Department of Health, Manille, République des Philippines

Dr L. de Souza Lima, Département de Prophylaxie de la Lèpre, Secrétariat d'Etat à la Santé, São-Paulo, Brésil

Dr H. W. Wade, Associate Medical Director, The Leonard Wood Memorial, Culion Leper Colony, Palawan, République des Philippines

Comité d'experts de la Santé mentale

Troisième session

Dr D. Blain, Medical Director, American Psychiatric Association, Washington, D.C., Etats-Unis d'Amérique

Dr M. V. Govindaswamy, Medical Superintendent, Mysore Government Mental Hospital, Bangalore, Inde

Professeur G. Kraus, Clinique psychiatrique de l'Université, Groningue, Pays-Bas

Dr G. Magnussen, Hôpital St. Hans, Roskilde, Danemark

Dr I. Matté Blanco, Professeur de Psychiatrie à l'Ecole de Médecine de l'Université du Chili, Santiago, Chili

Professeur M. Müller, Médecin-Directeur de l'Hôpital psychiatrique de Münsingen, Berne, Suisse

Dr Phon Sangsingkeo, Hôpital psychiatrique, Dhonburi, Thaïlande

Dr T. P. Rees, Medical Superintendent, Warlingham Park Hospital, Warlingham, Surrey, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

Dr P. Sivadon, Médecin-Chef, Centre de Traitement et de Réadaptation sociale, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise), France

Comité d'experts de la Peste

Deuxième session

Dr J. M. de la Barrera, Professeur de Bactériologie à l'Université nationale de La Plata, Argentine

Dr A. Castro, Directeur du Service national de la Peste, Ministère de l'Education et de la Santé, Rio-de-Janeiro, Brésil

Dr G. Girard, Chef du Service de la Peste, Institut Pasteur, Paris, France

Dr K. F. Meyer, Director, G. W. Hooper Foundation, University of California Medical Center, San-Francisco, Calif., Etats-Unis d'Amérique

Major-General Sir Sahib Singh Sokhey, Member of the Council of States, New-Delhi, Inde

Dr P. M. Wagle, Director, Haffkine Institute, Bombay, Inde

Comité d'experts du Trachome

Première session

Professeur G. B. Bietti, Directeur de la Clinique ophtalmologique de l'Université de Parme, Italie

Dr A. F. Tobgy, Professeur d'Ophtalmologie à l'Université Fouad Ier, Le Caire, Egypte

Dr F. Maxwell Lyons, Directeur du Memorial Ophtalmic Laboratory, Le Caire, Egypte

Dr Y. Mitsui, Professeur adjoint d'Ophtalmologie à l'Ecole de Médecine de l'Université de Kumamoto, Japon

Dr H. Moutinho, Directeur de la Clinique ophtalmologique de l'Hospital Militar Principal et de l'Hospital do Ultramar, Lisbonne, Portugal

Dr R. Nataf, Ophtalmologiste des Hôpitaux de Tunis ; Membre associé de l'Institut Pasteur de Tunis, Tunisie

Dr R. Pagès, Médecin spécialiste des Hôpitaux du Maroc ; Médecin-chef du Centre d'Ophtalmologie et de Trachomatologie expérimentale de Salé, Rabat, Maroc

Dr P. Thygeson, Clinical Professor of Ophthalmology, School of Medicine, University of California Medical Center, San-Francisco, Calif., Etats-Unis d'Amérique

Comité d'experts pour la Formation professionnelle et technique du Personnel médical et auxiliaire

Deuxième session

Dr D. Campbell, Professor of Pharmacology ; Dean, Faculty of Medicine, Universtiy of Aberdeen ; President of the General Medical Council, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

Dr L. J. Evans, Executive Associate, The Commonwealth Fund, New-York, Etats-Unis d'Amérique

Dr D. Knutson, Directeur de la Polyclinique médicale, Hôpital Caroline, Stockholm, Suède ; Président du Conseil de l'Association médicale mondiale

Dr C. F. Krumdieck, Professeur de Pédiatrie à l'Université de San-Marcos, Lima, Pérou ; Administrateur du Bureau panaméricain d'Enseignement médical

Sir Arcot L. Mudaliar, Vice-Chancellor, University of Madras, Inde

Professeur J. Parisot, Professeur d'Hygiène et de Médecine préventive et sociale ; Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Nancy, France

Dr T. C. Routley, General Secretary, Canadian Medical Association, Toronto, Canada

Dr J. S. Saleh, Professeur d'Obstétrique et de Gynécologie ; Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Téhéran, Iran

Dr H. E. Sigerist, Research Associate in the History of Medicine of Yale University ; Pura, Suisse

Dr A. Štampar, Professeur d'Hygiène publique et de Médecine sociale ; Doyen de la Faculté de Médecine et Directeur de l'Ecole de Santé publique de l'Université de Zagreb ; Président de l'Académie yougoslave des Sciences et des Arts, Zagreb, Yougoslavie

Comité d'experts des Maladies vénériennes et des Tréponématoses

Quatrième session

Dr J. M. de Barros, Professeur adjoint de Vénéréologie à la Faculté d'Hygiène et de Santé publique à l'Université de Sao-Paulo, Brésil

Dr T. J. Bauer, Chief, Division of Venereal Disease, US Public Health Service, Washington, D.C., Etats-Unis d'Amérique

Dr H. T. Chaglassian, Professeur de Dermatologie et de Syphiligraphie, American University, Beyrouth, Liban

Dr E. I. Grin, Directeur, Dispensaire central des Maladies cutanées et vénériennes, Ministère de la Santé, Sarajevo, Yougoslavie

Dr G. L. M. McElligot, Director, Venereal Disease Department, St. Mary's Hospital ; Adviser in Venereal Diseases, Ministry of Health, Londres, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

Dr R. V. Rajam, Professor of Venereology, Government General Hospital, Madras, Inde

Dr M. Soetopo, Professeur de Dermato-syphiligraphie, Directeur de l'Institut de Recherches sur les Maladies vénériennes en Indonésie, Sourabaya, Indonésie

Comité mixte FAO/OMS d'experts de la Brucellose

Deuxième session

Dr G. Alivisatos, Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine d'Athènes et d'Epidémiologie à l'Ecole d'Hygiène d'Athènes, Grèce

Dr H. C. Bendixen, Collège royal de Médecine vétérinaire et d'Agriculture, Copenhague, Danemark

Dr M. Ruiz Castañeda, Institut de Recherches médicales, Hôpital général, Mexico D.F., Mexique

Sir Weldon Dalrymple-Champneys, Bt., Deputy Chief Medical Officer, Ministry of Health, Londres, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

Dr S. B. Golem, Institut central d'Hygiène « Refik Saydam », Ankara, Turquie

Dr N. B. McCullough, Chief, Laboratory of Clinical Investigation, National Microbiological Institute, National Institutes of Health (US Public Health Service), Bethesda, Md, Etats-Unis d'Amérique

Dr C. Manthei, Animal Disease Station, US Bureau of Animal Industry, Beltsville, Md., Etats-Unis d'Amérique

Dr G. Mazzetti, Directeur de l'Institut d'Hygiène et de Microbiologie de l'Université de Florence, Italie

Dr G. Renoux, Chef de Laboratoire, Institut Pasteur, Tunis, Tunisie

Dr W. W. Spink, Department of Medicine, University of Minnesota, Minneapolis, Minn., Etats-Unis d'Amérique

Dr A. W. Stableforth, Director, Ministry of Agriculture and Fisheries Veterinary Laboratory, New Haw, Weybridge, Surrey, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

Comité mixte FAO/OMS d'experts de la Nutrition

Troisième session

FAO:

Dr E. J. Bigwood, Professeur de Biochimie et de Nutrition à la Faculté de Médecine de l'Université libre de Bruxelles, Belgique

Dr P. Gyorgy, Professor of Nutrition in Paediatrics, University of Pennsylvania, Philadelphie, Pa., Etats-Unis d'Amérique

Professeur R. Jacquot, Directeur du Laboratoire de Biochimie de la Nutrition, Centre National de la Recherche scientifique, Bellevue (Seine-et-Oise), France

Professeur G. J. Jauz, Chef de la Section de Nutrition, Institut de Médecine tropicale, Lisbonne, Portugal

Dr L. A. Maynard, Professor of Biochemistry and Nutrition, Cornell University, Ithaca, N.Y., Etats-Unis d'Amérique

Dr V. N. Patwardhan, Director, Nutrition Research Laboratories, Indian Council of Medical Research, Coonoor, Inde

Mr. A. J. Wakefield, Représentant à demeure du Bureau de l'Assistance technique, Port-au-Prince, Haïti

OMS:

Dr J. F. Brock, Professor of the Practice of Medicine, University of Cape Town, Le Cap, Union Sud-Africaine

Dr F. W. Clements, Section of Social Paediatrics, Institute of Child Health, University of Sydney, New South Wales, Australie

Professeur G. Frontali, Directeur de la Clinique pédiatrique de l'Université de Rome, Italie

Professor B. S. Platt, Head, Department of Nutrition, London School of Hygiene and Tropical Medicine ; Director, Human Nutrition Research Unit, Medical Research Council, Londres, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

Dr M. V. Radhakrishna Rao, Chief, Department of Nutrition, Government of Bombay ; Haffkine Institute, Bombay, Inde

Dr H. C. Trowell, Uganda Medical Service, Mulago Hospital, Kampala, Ouganda

Dr J. C. Waterlow, Member of Scientific Staff, Medical Research Council of Great Britain ; Senior Research Fellow, University College of the West Indies, Jamaïque

Comité mixte OIT/OMS de la Médecine du Travail

Deuxième session

OIT:

Dr L. Carozzi, Professeur honoraire de l'Université de Genève ; Ancien Chef du Service de l'Hygiène industrielle du BIT (1920-1940)

Dr L. Greenburg, Commissioner, City of New York Department of Air Pollution Control, New-York, Etats-Unis d'Amérique

Professeur P. Mazel, Directeur de l'Institut de Médecine du Travail, Lyon, France

Dr E. R. A. Merewether, H. M. Senior Medical Inspector of Factories, Ministry of Labour and National Service, and Medical Adviser to the Ministry of Agriculture and Fisheries, Londres, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

OMS:

M. J. J. Bloomfield, Expert en hygiène industrielle, Division de l'Hygiène du Bien-Etre et du Logement, Institut des Relations interaméricaines, Lima, Pérou

Dr G. C. E. Burger, Service médical, Philips Gloeilampenfabrieken, Eindhoven, Pays-Bas

Dr K. C. Charron, Chef du Service de l'Hygiène industrielle, Ministère de la Santé nationale et du Bien-Etre social, Ottawa, Canada

Miss D. A. Pemberton, Chief Nursing Officer, Boots Pure Drug Company Ltd., Nottingham, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

Dr M. N. Rao, Professor of Physiological and Industrial Hygiene, All-India Institute of Hygiene and Public Health, Calcutta, Inde

---

Annexe 4

CONFÉRENCES ET RÉUNIONS CONVOQUÉES PAR L'OMS EN 1952 [1]

7-12 janvier	Comité d'experts des Drogues susceptibles d'engendrer la Toxicomanie, troisième session	Genève
7-17 janvier	Conseil Exécutif, Comité permanent des Questions administratives et financières	Genève
21 janvier - 4 février	Conseil Exécutif, neuvième session	Genève

[1] La présente liste ne comprend ni les réunions des commissions de l'Assemblée Mondiale de la Santé ni celles des comités du Conseil Exécutif qui se sont tenues à l'occasion des sessions de l'Assemblée ou du Conseil ; ni les réunions auxquelles le Secrétariat a pris part avec d'autres institutions spécialisées ; ni les colloques organisés par l'OMS en collaboration avec des gouvernements ou d'autres organisations. Quelques-unes des réunions mixtes ont été organisées par l'autre institution participante.

28 et 30 janvier	Comité de la Fondation Léon Bernard	Genève
3-8 mars	Comité d'experts du Trachome, première session	Genève
18-24 mars	Comité ad hoc chargé d'examiner les réserves au Règlement sanitaire international (Règlement N° 2 de l'OMS)	Genève
24 mars-5 avril	Conférence d'étude sur l'enseignement infirmier	Genève
9-10 avril	FISE/OMS : Comité mixte des Directives sanitaires, cinquième session	New-York
23-30 avril	Comité d'experts de la Pharmacopée internationale, dixième session	Genève
1er-2 mai	Comité d'experts de la Pharmacopée internationale, Sous-Comité des Dénominations communes, quatrième session	Genève
5-22 mai	Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé	Genève
29 mai - 3 juin	Conseil Exécutif, dixième session	Genève
23-25 juin	Groupe consultatif pour les recherches de laboratoire sur le vaccin antivariolique desséché	Genève
27 juin, 10-11 octobre, 7 novembre	Réunions de représentants des gouvernements en vue de préparer des cours de formation en santé publique dans les pays scandinaves (en collaboration avec la Fondation Rockefeller)	Copenhague et Göteborg
27-28 juin	Commission internationale antivénérienne du Rhin, deuxième réunion	Strasbourg
21-26 juillet	Comité d'experts de l'Hépatite, première session	Liège
28 juillet - 2 août	Comités d'experts des Maladies vénériennes et des Tréponématoses, quatrième session	Londres
31 juillet - 7 août	Comité régional de l'Afrique, deuxième session	Monrovia
4-9 septembre	Comité régional de l'Asie du Sud-Est, cinquième session	Bandoeng
8-12 septembre	Comité d'experts de la Grippe, première session	Genève
15-20 septembre	Nations Unies/OMS : Réunion mixte d'experts pour l'étude des problèmes de santé mentale se rattachant à l'adoption	New-York
15-24 septembre	Comité régional des Amériques, quatrième session, et Conseil de Direction de l'OSP, sixième session	La Havane
25-27 septembre	Comité régional de l'Europe, deuxième session	Lisbonne
25-30 septembre	Comité régional du Pacifique occidental, troisième session	Saïgon
4-10 octobre	Comité d'experts de la Bilharziose, première session	San-Juan, Porto-Rico
6-12 octobre	OIT/OMS : Comité mixte de la Médecine du Travail, deuxième session	Genève
13-18 octobre	FAO/OMS : Comité mixte d'experts de la Brucellose, deuxième session	Florence
13-18 octobre	Conférence sur les vaccins antidiphtérique et anticoquelucheux	Dubrovnik, Yougoslavie
20-25 octobre	Comité d'experts pour la Standardisation biologique, sixième session	Genève
27 octobre - 1er novembre	Comité d'experts de la Pharmacopée internationale, onzième session	Genève
3-4 novembre	Comité d'experts de la Pharmacopée internationale, Sous-Comité des Dénominations communes, cinquième session	Genève
10-18 novembre	Comité d'experts de la Lèpre, première session	Rio-de-Janeiro
24-29 novembre	Comité d'experts de la Santé mentale, troisième session	Genève
28 novembre - 4 décembre	FAO/OMS : Comité mixte d'experts de la Nutrition, troisième session (en collaboration avec la Conférence de la CCTA sur la Nutrition)	Fajara, près de Bathurst, Gambie
3-9 décembre	Comité d'experts pour la Formation professionnelle et technique du Personnel médical et auxiliaire, deuxième session	Nancy
5-10 décembre	Comité d'experts de la Peste, deuxième session	Bombay
8-12 décembre	Groupe d'étude sur le Goitre endémique	Londres

Annexe 5

CONFÉRENCES, SYMPOSIUMS, COLLOQUES ET COURS DE FORMATION PROFESSIONNELLE

La Partie 1 de la présente annexe contient la liste des conférences, des symposiums, des colloques et des cours de formation professionnelle internationaux ou inter-régionaux que l'OMS a organisés en 1952, seule ou en collaboration avec d'autres organismes. La Partie 2 indique les cours internationaux placés sous les auspices d'autres organisations ; l'aide de l'OMS a consisté alors à envoyer des conférenciers, octroyer des bourses ou participer aux frais. L'OMS a également attribué des bourses qui permettent aux bénéficiaires de suivre certains cours énumérés dans la Partie 1. On trouvera au chapitre 14, Tableau I, de plus amples renseignements sur les cours qui ont eu lieu en Europe.

Partie 1

Cours organisés entièrement ou en partie par l'OMS

Toute l'année	Centre de recherches sur les antibiotiques et de formation professionnelle (avec l'Istituto Superiore di Sanità de Rome)	Rome
4-12 février	Mission de médecins [1]	Calcutta
13 février - 5 mars	Mission de médecins [2]	Rangoon
7 mars - 3 avril	Mission de médecins [2]	Colombo
14-22 mars	Symposium international sur le pian (avec le Gouvernement de la Thaïlande et le FISE)	Bangkok
6 avril - 4 mai	Groupe d'experts-conseils de l'enseignement de la médecine [3]	Ispahan, Meched, Chiraz, Téhéran
21 avril - 2 mai	Colloque scandinave de psychiatrie et de guidance infantiles (avec l'Organisation des Nations Unies)	Lillehammer, Norvège
21 avril - 5 juillet	Cours de formation de nutritionnistes pour l'Afrique au Sud du Sahara (avec la FAO)	Marseille
12 mai (1 an)	Cours pour secrétaires des hôpitaux (fichiers et relevés médicaux)	Lima
1er juin (un an)	Centre d'anesthésiologie : cours fondamental de perfectionnement pour anesthésiologues	Copenhague
2 juin - 26 juillet	Cours de paludologie	Lagos
16 juin - 25 août	Cours de paludologie (avec l'Institut de Paludologie de Lisbonne)	Lisbonne
30 juin - 8 août	Troisième réunion d'étude (workshop) sur les soins infirmiers (avec le BSP)	Lima
14 - 28 juillet	Conférence-colloque inter-régionale sur la rage	Coonoor, Inde
15 juillet - 15 août	Cours de formation professionnelle pour la lutte contre les maladies vénériennes	Guatemala
4 août - 20 septembre	Colloque de la Région du Pacifique occidental sur les statistiques démographiques et sanitaires (avec l'Organisation des Nations Unies)	Tokyo
22 août (5 ans)	Inter-American Centre of Biostatistics	Santiago, Chili
6 septembre - 5 octobre	Groupe itinérant d'étude sur l'administration de la santé publique [4]	France, Norvège

[1] Cours de neuf jours comportant des conférences et des démonstrations. Les sujets traités ont été les suivants : physiologie, pharmacologie, biochimie, médecine interne, pédiatrie, chirurgie générale et thoraco-pulmonaire, anesthésiologie, radiologie et épidémiologie.

[2] Cours de trois semaines comportant des conférences et des démonstrations. Les sujets traités ont été les suivants : physiologie, pharmacologie, biochimie, médecine interne, pédiatrie, chirurgie générale et thoraco-pulmonaire, anesthésiologie, radiologie, épidémiologie et enseignement médical.

[3] Suite de la mission d'enseignement médical de 1951 chargée des problèmes d'enseignement médical dans les facultés de médecine des quatre villes mentionnées ci-dessus

[4] Ce groupe était composé de 19 administrateurs supérieurs de la santé publique de différents pays, qui ont étudié l'administration de la santé publique dans plusieurs régions de la France et de la Norvège et ont discuté cette question avec les autorités de ces pays.

27 octobre - 4 novembre	Troisième colloque d'ingénieurs sanitaires européens (avec la Fondation Rockefeller)	Londres
1er novembre (un an)	Centre d'anesthésiologie : cours de formation d'anesthésiologues (avec l'Université de Paris)	Paris
3-21 novembre	Premier colloque régional sur l'enseignement infirmier (avec l'UNESCO)	Taïwan
10-13 novembre	Premier colloque d'ingénieurs sanitaires de l'Amérique centrale	Managua
24-29 novembre	Colloque sur les zoonoses (avec la FAO)	Vienne, Autriche
30 novembre - 9 décembre	Premier colloque européen sur la médecine du travail (avec l'OIT)	Leyde
1er-15 décembre	Colloque interaméricain sur la brucellose	Santiago, Chili
8-13 décembre	Conférence européenne d'étude sur l'enseignement aux étudiants en médecine de l'hygiène, de la médecine préventive et de la médecine sociale	Nancy

Partie 2

Cours qui ont bénéficié de l'aide de l'OMS

1er janvier - 31 mai	Cours de formation collective sur la réadaptation des enfants atteints d'infirmité motrice (organisé par le Centre international de l'Enfance)	Paris
1er mars - 31 mai	Cours de pédiatrie sociale (organisé par le Centre international de l'Enfance)	Paris
1er mai - 31 juillet	Cours sur la prématurité (organisé par le Centre international de l'Enfance)	Paris
4-25 juin	Cours de perfectionnement sur les données scientifiques et cliniques de la chirurgie thoraco-pulmonaire (organisé par l'Université de Groningue)	Groningue
9-18 juin	Colloque sur les enfants privés de famille (organisé par le Centre international de l'Enfance)	Londres
29 juin - 12 juillet	Cours de formation sur le rôle de l'ingénieur dans la santé publique (organisé par le British Council et l'Institute of Civil Engineers)	Londres Birmingham
5-19 juillet	Colloque sur les aspects médicaux et sociaux du placement familial des enfants (organisé par l'ONU)	Oslo
6-15 juillet	Colloque sur les techniques de l'assistance sociale aux cas individuels (social case work) (organisé par l'ONU)	Genève
19 juillet - 10 août	Colloque sur la santé mentale et le développement du jeune enfant (organisé par la Fédération mondiale pour la Santé mentale)	Chichester, Angleterre
18-31 août	Colloque sur la formation du personnel enseignant et du personnel de direction des services d'assistance sociale aux cas individuels (social case work) (organisé par l'ONU)	Helsinki
8 septembre - 9 novembre	Cours de formation collective en matière de réadaptation des infirmes adultes (organisé par l'ONU, avec le concours de l'OIT)	Danemark Finlande Suède
18 septembre - 8 octobre	Cours de médecine du travail (organisé par le British Council)	Manchester Birmingham
22-27 septembre	Colloque sur l'emploi des antibiotiques dans le traitement des enfants (organisé par le Centre international de l'Enfance)	Paris
17-19 octobre	Troisième colloque annuel sur le test TPI et les nouveaux aspects immunologiques de la syphilis (organisé par la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie)	Marseille
20 octobre - 1er décembre	Cours de formation sur le diagnostic biologique des maladies transmissibles de l'enfance (organisé par le Centre international de l'Enfance)	Paris
27 novembre - 17 décembre	Conférence sur l'éducation et la santé mentale des enfants (organisée par l'UNESCO)	Paris
8-13 décembre	Colloque sur les problèmes de l'enfance en milieu tropical africain (organisé par le Centre international de l'Enfance)	Brazzaville
23-27 decembre	Symposium régional sur l'architecture tropicale (organisé par l'UNESCO et le National Institute of Sciences de l'Inde)	Delhi

Annexe 6

CONFÉRENCES ET RÉUNIONS CONVOQUÉES EN 1952 PAR L'ONU ET LES INSTITUTIONS SPÉCIALISÉES ET AUXQUELLES L'OMS A ÉTÉ REPRÉSENTÉE

6 novembre 1951 - 5 février 1952	Assemblée générale, sixième session	Paris
7-9 janvier	UNESCO/FISE/OMS : Comité mixte chargé de préparer la conférence sur les enfants d'âge scolaire dont la convocation est proposée	Paris
14-18 janvier	UNESCO : Groupe de travail des représentants des Secrétariats des Nations Unies et des institutions spécialisées sur l'éducation de base	Paris
15 janvier	Comité administratif de Coordination : Comité préparatoire, dix-huitième session	Paris
27-31 janvier	UNESCO : Commission nationale des Etats-Unis, troisième conférence	New-York
29 janvier - 2 février	Bureau de l'Assistance technique, dix-septième session	Paris
29 janvier - 8 février	Commission économique pour l'Asie et l'Extrême-Orient, huitième session	Rangoon
4-5 février	Bureau de l'Assistance technique : Réunion des comités nationaux des pays européens pour l'assistance technique	Paris
6-7 février	Deuxième conférence de l'assistance technique des Nations Unies	Paris
7-8 février	Comité administratif de Coordination : Groupe technique de travail pour les publications, troisième session	Paris
7-8 février	Commission économique pour l'Amérique latine : Comité de coordination inter-institutions pour les migrations en Amérique latine, première session	Santiago, Chili
11-14 février	Commission économique pour l'Amérique latine : Comité plénier	Santiago, Chili
11-14 février	Conseil Economique et Social : Groupe de travail des Insecticides DDT et HCH	Genève
11-16 février	OIR : Neuvième session du Conseil général	Genève
18 février - 1er mars	OIT : Commission consultative des Employés et des Travailleurs intellectuels, deuxième session	Genève
27 février - 1er avril	Conseil de Tutelle, dixième session	New-York
3-15 mars	OIT : Conseil d'administration, 118e session	Genève
13 mars - 6 avril	UNESCO : Conseil Exécutif, vingt-neuvième session	Paris
24 mars	Conseil Economique et Social, première session extraordinaire	New-York
24 mars - 5 avril	Commission de la Condition de la Femme, sixième session	Genève
25 mars - 4 avril	Comité de l'Assistance technique : Groupe de travail du programme élargi d'assistance technique	New-York
26 mars - 3 avril	Bureau de l'Assistance technique, dix-huitième session	New-York
1er-2 avril	Comité administratif de Coordination : Comité préparatoire, vingtième session	New-York
3-4 avril	Comité administratif de Coordination : Comité consultatif pour les Questions administratives, Groupe de travail pour les questions de sécurité sociale	New-York
4 avril	Comité administratif de Coordination, quatorzième session	New-York
7-11 avril	Comité administratif de Coordination : Comité consultatif pour les Questions administratives, douzième session	New-York
14-17 avril	Fonds international des Nations Unies pour le Secours à l'Enfance : Comité du Programme, 144e-151e réunions	New-York
14 avril - 14 juin	Commission des Droits de l'Homme, huitième session	New-York
15 avril - 9 mai	Commission des Stupéfiants, septième session	New-York
16-22 avril	ONU : Troisième conférence des organisations non gouvernementales s'intéressant aux questions de migration	New-York
17-30 avril	OIT : Cinquième conférence des Etats d'Amérique Membres de l'OIT	Pétropolis, Brésil
21-24 avril	UNESCO : Comité consultatif de la Recherche sur la Zone aride, troisième session	Ankara

21 avril - 3 mai	OIT : Commission des Industries mécaniques, quatrième session	Genève
22-24 avril	Fonds international des Nations Unies pour le Secours à l'Enfance : Conseil d'administration, 90e-95e réunions	New-York
28 avril	Comité administratif de Coordination : Groupe technique de travail pour les migrations, quatrième session	New-York
1er-6 mai	Bureau de l'Assistance technique, dix-neuvième session	Genève
5-17 mai	OIT : Commission du Fer et de l'Acier, quatrième session	Genève
6 mai	Comité mixte de la Caisse commune des Pensions du Personnel : Comité permanent, sixième session	New-York
12-16 mai	Comité consultatif de la Fonction publique internationale, quatrième session	Genève
12-19 mai	Commission des Questions sociales, huitième session	New-York
14-15 mai	Comité administratif de Coordination : Comité consultatif de l'Information, seizième session	New-York
14 mai - 12 juillet	UPU : Treizième session du Congrès	Bruxelles
15-16 mai	Conseil du Cinéma des Nations Unies, dix-huitième session	New-York
20 mai - 1er août	Conseil Economique et Social, quatorzième session	New-York
22-23 mai	Comité de l'Assistance technique, vingt et unième, vingt-troisième réunions	New-York
26 mai - 6 juin	UNESCO : Conseil Exécutif, trentième session	Paris
27-30 mai	Comité administratif de Coordination : Quatrième réunion du Groupe de travail des représentants des pays d'accueil européens (bourses des Nations Unies)	Genève
30-31 mai	OIT : Conseil d'administration, 119e session	Genève
3 juin - 24 juillet	Conseil de Tutelle, onzième session	New-York
4-25 juin	OIT : Conférence internationale du Travail, trente-cinquième session	Genève
9-14 juin	FAO : Quinzième session du Conseil	Rome
16-19 juin	Comité central permanent de l'Opium et Organe de Contrôle des Stupéfiants, septième session mixte	Genève
26-27 juin	Commission économique pour l'Amérique latine : Comité de coordination inter-institutions pour les migrations en Amérique latine, deuxième session	Sao-Paulo
26, 27, 30 juin et 1er, 2, 3, 7, 10 et 11 juillet	Comité de l'Assistance technique : Groupe de travail chargé d'examiner le quatrième rapport du Bureau de l'Assistance technique	New-York
30 juin - 5 juillet	FAO : Conférence sur l'économie domestique et la nutrition dans les Caraïbes	Port-of-Spain, Trinité
7-16 juillet	UNESCO/Bureau international de l'Education : Conférence internationale de l'Instruction publique, quinzième session	Genève
8-18 juillet	Bureau de l'Assistance technique, vingtième session	New-York
9-11 juillet	Comité administratif de Coordination : Comité préparatoire, vingt et unième session	New-York
16-18 juillet	Comité de l'Assistance technique, vingt-quatrième, vingt-huitième réunions	New-York
28 juillet - 8 août	Comité mixte de la Caisse commune des Pensions du Personnel	New-York
31 juillet - 5 août	UNESCO : Deuxième réunion des chefs des missions d'assistance technique en Amérique latine	Lima
1er-4 septembre	Commission économique pour l'Europe : Sous-comité de l'Habitat, sixième session	Genève
8-12 septembre	UNESCO : Conférence d'institutions et fondations spécialisées sur la diffusion internationale des connaissances scientifiques	Paris
11 septembre - 7 octobre	Comité des renseignements relatifs aux Territoires non autonomes, troisième session	New-York
15-20 septembre	Bureau de l'Assistance technique, vingt et unième session	Genève
16-19 septembre	UNESCO : Réunion d'experts sur l'enseignement des sciences sociales	Paris
22-24 septembre	OIT : Comité d'experts pour le logement et le bien-être des migrants à bord des navires	Genève
22-26 septembre	Comité administratif de Coordination : Comité consultatif pour les Questions administratives, treizième session	New-York

29 septembre - 1er octobre	UNESCO : Comité consultatif de la Recherche sur la Zone aride, quatrième session	Londres
2-3 octobre	Comité administratif de Coordination : Comité consultatif de l'Information, dix-septième session	New-York
3-4 octobre	Conseil du Cinéma des Nations Unies, dix-neuvième session	New-York
3 octobre - 22 décembre	UIT : Conférence internationale de Plénipotentiaires	Buenos-Aires
6-8 octobre	Comité administratif de Coordination : Comité préparatoire, vingt-deuxième session	New-York
6-10 octobre	ONU : Cinquième conférence des organisations internationales non gouvernementales sur l'information	New-York
6, 7, 10 et 13 octobre	Fonds international des Nations Unies pour le Secours à l'Enfance : Conseil d'administration, 96e-102e réunions	New-York
7-28 octobre	UNESCO : Stage d'étude sur l'éducation des jeunes pour le civisme international	Rangoon
8-9 octobre	Fonds international des Nations Unies pour le Secours à l'Enfance : Comité du Programme, 153e-156e réunions	New-York
9 octobre	Comité consultatif pour les Questions administratives et budgétaires	New-York
10 octobre	Comité administratif de Coordination, quinzième session	New-York
10 octobre	Comité administratif de Coordination et Comité consultatif pour les Questions administratives et budgétaires, réunion mixte	New-York
13-31 octobre	ONU et Gouvernement canadien : Colloque international sur l'organisation statistique	Ottawa
14 octobre - 22 décembre	Assemblée générale, septième session, première partie	New-York
24-31 octobre	ONU : Conférence régionale d'organisations non gouvernementales	Manille
3-7 novembre	Comité central permanent de l'Opium et Organe de contrôle des Stupéfiants, huitième session mixte	Genève
5-10 novembre	UNESCO : Comité exécutif, trente et unième session	Paris
12 novembre - 11 décembre	UNESCO : Conférence générale, septième session	Paris
17-19 novembre	ONU : Conférence mondiale de la population, comité préparatoire, première réunion	Genève
17-21 novembre	Commission économique pour l'Asie et l'Extrême-Orient : Groupe de travail pour l'habitat et les matériaux de construction	New-Delhi
17-29 novembre	FAO : Seizième session du Conseil	Rome
25-28 novembre	OIT : Conseil d'administration, 120e session	Genève
27-29 novembre	UNESCO : Réunion d'experts sur les problèmes juridiques, politiques et sociologiques des Etats ayant récemment accédé à l'indépendance	Bruxelles
1er-10 décembre	OIT : Réunion technique sur la protection des jeunes travailleurs dans les pays d'Asie	Kandy
1er-13 décembre	OIT : Conférence technique de la main-d'œuvre en Amérique latine	Lima
1er-17 décembre	OIT : Réunion d'experts en matière de prévention et de suppression des poussières dans les mines, les galeries et les carrières	Genève
8-11 décembre	Comité administratif de Coordination : Groupe technique de travail pour une action à long terme en faveur de l'enfance, deuxième session	Rome
8-16 décembre	Bureau de l'Assistance technique, vingt-deuxième session	New-York
8-16 décembre	ONU : Groupes consultatifs régionaux sur la prévention de la criminalité et le traitement des délinquants	Genève
12-20 décembre	UNESCO : Première conférence régionale en Asie du Sud-Est et dans le Pacifique sur l'enseignement gratuit et obligatoire	Bombay
15-20 décembre	ONU : Réunion inter-institutions en vue de la préparation d'un programme d'action concertée dans le domaine social	Genève
22-26 décembre	ONU : Réunion technique pour la formation du personnel auxiliaire dans l'Asie du Sud-Est	Gandhi Gram, Inde
28 décembre 1952 - 3 janvier 1953	UNESCO : Stage d'étude sur la Déclaration des Droits de l'Homme	Delhi

Annexe 7

CONFÉRENCES ET RÉUNIONS CONVOQUÉES EN 1952 PAR DES ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES ET D'AUTRES ORGANISATIONS ET AUXQUELLES L'OMS A ÉTÉ REPRÉSENTÉE

2-4 janvier	Institute of Inter-American Affairs, réunion sur l'éducation sanitaire	Washington D.C.
19-20 janvier	Association médicale mondiale, comité d'organisation de la première conférence mondiale de l'enseignement médical, première session	Paris
25-26 janvier	National Research Council, Comité de la Brucellose	Minneapolis, Minn.
4-7 février	Conférence pan-indienne de la tuberculose	Lucknow
18 février	Centre international de l'Enfance, réunion du groupe de travail de la vaccination antituberculeuse	Paris
18-23 février	Comité intergouvernemental provisoire pour les Mouvements migratoires d'Europe, deuxième session	Genève
4-10 mars	Premier congrès panaméricain des Universités sur l'odontologie	Buenos-Aires
5-15 mars	Tripartite Border Sanitary Convention, Commission de Contrôle, troisième réunion	La Paz, Bolivie
24 mars	Centre International de l'Enfance, Comité consultatif technique	Paris
24-27 mars	United States / Mexico Border Public Health Association, dixième réunion annuelle	Monterrey, Mexique
24 mars - 8 avril	Conférence interaméricaine de Sécurité sociale, quatrième session	Mexico
7 et 10 avril	Conseil pour la Coordination des Congrès internationaux des Sciences médicales,[1] Comité exécutif, dixième session	Genève
8-10 avril	Conseil pour la Coordination des Congrès internationaux des Sciences médicales,[1] deuxième assemblée générale	Genève
17-19 avril	American Public Health Association (Southern Branch), réunion de la Commission pour les problèmes sanitaires interaméricains	Baltimore, Md.
21-30 avril	Organisation Sanitaire Panaméricaine, Comité exécutif, seizième session	Washington, D.C
22-25 avril	Royal Sanitary Institute, congrès de la santé	Margate, Angleterre
23-26 avril	Institut de Médecine tropicale, premier congrès national	Lisbonne
25-26 avril	Association médicale mondiale, comité d'organisation de la première conférence mondiale de l'enseignement médical, deuxième session	Bruxelles
28 avril - 3 mai	Association médicale mondiale, quatorzième session du Conseil	Bruxelles
30 avril - 2 mai	Royal College of Nursing, douzième conférence sur l'organisation mondiale et l'infirmière	Londres
1er-2 mai	American Venereal Disease Association, quatorzième session annuelle et symposium sur les progrès récemment accomplis dans l'étude des maladies vénériennes	Washington, D.C.
5 mai	Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health, colloque sur les maladies vénériennes	Baltimore, Md.
5-10 mai	Fédération des Sociétés gynécologiques et obstétricales de Langue française, quinzième congrès	Alger et Tunis
7 mai	Columbia University, colloque sur les maladies vénériennes	New-York

[1] Titre changé en « Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales » par la deuxième assemblée générale du Conseil

12-16 mai	American Psychiatric Association, 108e réunion annuelle	Atlantic City, N.J.
12-17 mai	Office international des Epizooties, vingtième assemblée générale annuelle	Paris
17 mai	Académie suisse des Sciences médicales, réunion scientifique	Lausanne
26-30 mai	Conseil de l'Europe, Assemblée consultative, quatrième session (première partie)	Strasbourg
2-3 juin	Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge, Comité consultatif des Infirmières, onzième session	Genève
4-5 juin	Académie internationale de Médecine légale et de Médecine sociale, congrès plénier	Bruxelles
4-7 juin	Office international de Documentation de Médecine militaire, quinzième session	Liège et Bruxelles
4-7 juin	Institut international des Civilisations différentes, session annuelle	Florence
6-9 juin	Institut international des Sciences administratives, Commission des Pratiques administratives	Knocke, Belgique
9-12 juin	Fédération internationale pharmaceutique, conférence de la Commission internationale des spécialités pharmaceutiques et des directeurs de laboratoires de contrôle des préparations pharmaceutiques	Bruxelles
9-13 juin	American Medical Association, assemblée scientifique annuelle	Chicago, Ill.
9-19 juin	Commission du Pacifique Sud, Conseil de Recherche, quatrième réunion	Nouméa, Nouvelle-Calédonie
12-15 juin	Quatrième congrès de vénéréologie de l'Amérique centrale	San-José, Costa-Rica
13-15 juin	Conseil des Organisations internationales des Sciences Médicales, Comité exécutif, onzième session	Paris
23-26 juin	American Veterinary Medical Association, 89e réunion annuelle	Atlantic City, N.J.
28-29 juin	Société suisse de Psychiatrie	Meiringen, Suisse
30 juin - 1er juillet	Association internationale de Sécurité sociale, Comité exécutif, huitième session	Genève
7-11 juillet	Premier congrès international de diététique	Amsterdam
10-12 juillet	Union internationale de Protection de l'Enfance, conférence d'experts sur les questions se rattachant à l'adoption	Genève
10-19 juillet	Conseil international des Infirmières, Fondation internationale Florence Nightingale, cours d'été	Londres
15-19 juillet	Société internationale de Pathologie géographique, congrès international sur l'hépatite	Liège
19-26 juillet	Fédération dentaire internationale, onzième congrès	Londres
21-26 juillet	Dixième congrès international de dermatologie	Londres
23-24 juillet	Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge, Comité consultatif d'Hygiène, cinquième session	Toronto
25 juillet, 4 et 8 août	Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge, Conseil des Gouverneurs, vingt-deuxième session	Toronto
26 juillet - 7 août	Dix-huitième conférence internationale de la Croix-Rouge	Toronto
29-30 juillet	Conférence sur l'onchocercose	Tapachula, Mexique
29 juillet - 2 août	Congrès national d'hygiène	Santiago, Chili
31 juillet - 1er août	Union internationale contre le Péril vénérien, réunion du Comité exécutif	Londres
3-12 août	Assemblée Mondiale de la Jeunesse, Quatrième Conseil	Dakar
6-16 août	Conseil central d'Education sanitaire, cours d'été	Clacton-on-Sea, Angleterre
7-11 août	British Medical Association and Irish Medical Association, réunion scientifique annuelle	Dublin
13-24 août	American Friends Service Committee, conférence sur l'intérêt national et la responsabilité internationale	Clarens, Suisse
15 août	Agra Medical Students Union, Clinical Society, Clinical Week	Agra, Inde

20 août - 2 septembre	Fédération mondiale pour la Santé mentale, cinquième réunion annuelle et réunions du Conseil Exécutif	Bruxelles
24-26 août	Conférence pan-indienne sur la pédiatrie	Madras
24-30 août	Union internationale contre la Tuberculose, douzième conférence, et American College of Chest Physicians, deuxième congrès international	Rio-de-Janeiro
1-7 septembre	Fédération mondiale des Associations pour les Nations Unies, septième assemblée plénière	Genève
8-12 septembre	Association of Medical Records Officers, premier congrès international sur les archives médicales	Londres
9-12 septembre	Association des Inspecteurs sanitaires, cinquante-neuvième conférence annuelle	Brighton, Angleterre
15-19 septembre	Association internationale du Transport aérien, huitième réunion générale annuelle	Genève
15-30 septembre	Conseil de l'Europe, Assemblée consultative, quatrième session (deuxième partie)	Strasbourg
24-27 septembre	Trained Nurses Association of India, conférence annuelle	New-Delhi
25 septembre	Organisation Sanitaire Panaméricaine, Comité exécutif, dix-huitième session	La Havane
25-30 septembre	Comité international scientifique de Recherches sur la Trypanosomiase, quatrième réunion annuelle	Lourenço-Marques
26 septembre - 1er octobre	Premier congrès panaméricain de la santé publique	La Havane
30 septembre - 1er octobre	Association médicale mondiale, comité d'organisation de la première conférence mondiale de l'enseignement médical, troisième session	Londres
1er-4 octobre	International Union of Nutritional Sciences, symposium sur les problèmes actuels de la nutrition	Bâle
3-4 octobre	Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales, douzième session	Paris
5-10 octobre	Association médicale mondiale, quinzième session du Conseil	Athènes
12-16 octobre	Association médicale mondiale, sixième assemblée générale	Athènes
13-21 octobre	Comité intergouvernemental provisoire pour les Mouvements migratoires d'Europe, quatrième session	Genève
15 octobre	Conférence indienne du service social	Delhi
17 octobre	Association médicale mondiale, troisième réunion annuelle des rédacteurs de la presse médicale du monde entier	Athènes
18-19 octobre	Association médicale mondiale, seizième session du Conseil	Athènes
22-24 octobre	Union mondiale des Femmes rurales, conférence régionale des sociétés africaines	Nairobi
24 octobre	Centre international de l'Enfance, Comité consultatif technique	Paris
25 octobre	Association européenne contre la Poliomyélite, assemblée générale	Bruxelles
25-26 octobre	Dix-septième conférence médicale des Provinces unies	Sitapur, Inde
30-31 octobre	Comité d'experts en matière d'assistance sociale et médicale	Strasbourg
2-8 novembre	Quatrième Congrès inter-américain de Radiologie	Mexico
3-4 novembre	Congrès des travaux publics et exposition	Londres
10-12 novembre	Association of American Medical College, soixante-troisième réunion annuelle	Colorado Springs, Col.
11-12 novembre	Association médicale mondiale, première conférence mondiale de l'enseignement médical, Comité du Programme	Londres
18-27 novembre	Commission de Coopération technique en Afrique au Sud du Sahara, conférence régionale d'étude sur l'habitat africain	Prétoria
19-26 novembre	Inter-American Association of Sanitary Engineering, congrès de 1952	Buenos-Aires
19-27 novembre	Commission de Coopération technique en Afrique au Sud du Sahara, conférence sur la malnutrition des mères, des nourrissons et des enfants en Afrique	Fajara, près Bathurst, Gambie

21-24 novembre	Quatrième Congrès international de l'Hydatidose	Santiago, Chili
24 novembre - 4 décembre	Indian Council of Medical Research, Commission consultative scientifique et comité consultatif	Jaïpur, Inde
1er décembre	Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales, réunion préparatoire de la conférence sur le recrutement du personnel de recherches médicales	Paris
5-8 décembre	Premier Congrès d'Amérique centrale sur la pédiatrie	San-José, Costa-Rica
5-12 décembre	Union internationale de Protection de l'Enfance, conférence internationale d'études	Bombay
7-13 décembre	Premier congrès international sur les antibiotiques et la chimiothérapie	Buenos-Aires
8-11 décembre	Fédération mondiale des Anciens Combattants, troisième assemblée générale annuelle	Londres
9 décembre	Conférence internationale de la Croix-Rouge et Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge, Commission internationale du Matériel sanitaire	Genève
10-14 décembre	Institut de la Nutrition de l'Amérique centrale et du Panama, troisième réunion du Conseil	Panama
14-19 décembre	Sixième Conférence internationale de Service social	Madras

Annexe 8

CALENDRIER PROVISOIRE DES RÉUNIONS CONSTITUTIONNELLES QUI SERONT CONVOQUÉES PAR L'OMS EN 1953

12 janvier	Conseil Exécutif, onzième session	Genève
1er-2 mai	Comité mixte FISE/OMS des Directives sanitaires, sixième session	Genève
5 mai	Sixième Assemblée Mondiale de la Santé	Genève
28 mai	Conseil Exécutif, douzième session	Genève
Première moitié de septembre	Comité régional de l'Europe, troisième session	Copenhague
Deuxième semaine de septembre	Comité régional de l'Afrique, troisième session	Kampala
Septembre	Comité régional de l'Asie du Sud-Est, sixième session	Thaïlande
14-25 septembre	Comité régional des Amériques, cinquième session, et Conseil de Direction de l'OSP, septième session	Washington
Deuxième ou troisième semaine de septembre	Comité régional du Pacifique occidental, quatrième session	Manille
Septembre	Comité régional de la Méditerranée orientale, quatrième session	*Ville non désignée*

Annexe 9

ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES ADMISES A DES RELATIONS AVEC L'OMS

Académie internationale de Médecine légale et de Médecine sociale,
Bruxelles, Belgique

American College of Chest Physicians,
Chicago, Illinois, Etats-Unis d'Amérique

Association internationale de Pédiatrie,
Zurich, Suisse

Association internationale de Prophylaxie de la Cécité,
Paris, France

Association internationale des Microbiologistes,
Rio-de-Janeiro, Brésil

Association médicale mondiale,
New-York, Etats-Unis d'Amérique

Comité international de la Croix-Rouge,
Genève, Suisse

Conférences internationales de Service social
Columbus, Ohio, Etats-Unis d'Amérique

Conseil central de l'Education sanitaire,
Londres, Royaume-Uni

Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales,
Paris, France

Conseil international des Infirmières,
Londres, Royaume-Uni

Fédération dentaire internationale,
Londres, Royaume-Uni

Fédération internationale de l'Habitation et de l'Urbanisme,
La Haye, Pays-Bas

Fédération internationale des Hôpitaux,
Londres, Royaume-Uni

Fédération internationale pharmaceutique
Winschoten, Pays-Bas

Fédération mondiale des Associations pour les Nations Unies,
Genève, Suisse

Fédération mondiale pour la Santé mentale,
Londres, Royaume-Uni

Inter-American Association of Sanitary Engineering,
Washington, D.C., Etats-Unis d'Amérique

Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge,
Genève, Suisse

Ligue internationale contre le Rhumatisme,
Londres, Royaume-Uni

Société de Biométrie
New-Haven, Connecticut, Etats-Unis d'Amérique

Société internationale de la Lèpre,
Londres, Royaume-Uni

Société internationale pour la Protection des Invalides,
New-York, Etats-Unis d'Amérique

Union internationale contre le Cancer
Paris, France

Union internationale contre le Péril vénérien,
Paris, France

Union internationale contre la Tuberculose,
Paris, France

Union internationale de Protection de l'Enfance,
Genève, Suisse

Annexe 10

BUDGET ORDINAIRE POUR 1952

Section	*Affectation des crédits*	*Montant original voté*[1] US $	*Virements autorisés par le Conseil Exécutif*[2] US $	*Virement autorisé par la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé*[3] US $	*Montant total revisé* US $
	PARTIE I : RÉUNIONS CONSTITUTIONNELLES				
1.	Assemblée Mondiale de la Santé	141.453	11.297		152.750
2.	Conseil Exécutif et ses comités	86.370	(8.690)		77.680
3.	Comités régionaux	37.200	12.550		49.750
	Total de la Partie I	265.023	15.157		280.180
	PARTIE II : PROGRAMME D'EXÉCUTION				
4.	Services techniques centraux	1.543.548	(25.522)		1.518.026
5.	Services consultatifs	3.726.433	(118.324)	(24.780)	3.583.329
6.	Bureaux régionaux	911.424	90.216		1.001.640
7.	Comités d'experts et conférences	191.388	(10.435)		180.953
	Total de la Partie II	6.372.793	(64.065)	(24.780)	6.283.948
	PARTIE III : SERVICES ADMINISTRATIFS				
8.	Services administratifs	1.039.966	48.908		1.088.874
	Total de la Partie III	1.039.966	48.908		1.088.874
	PARTIE IV : FONDS SUPPLÉMENTAIRE DU BÂTIMENT				
9.	Virement supplémentaire au fonds du bâtiment			24.780	24.780
	Total de la Partie IV			24.780	24.780
	TOTAL DES PARTIES I A IV	7.677.782			7.677.782
	PARTIE V : RÉSERVE				
10.	Réserve non répartie[4]	1.400.000			1.400.000
	Total de la Partie V	1.400.000			1.400.000
	TOTAL DE TOUTES LES PARTIES	9.077.782			9.077.782

[1] Voté par la Quatrième Assemblée Mondiale de la Santé (résolution WHA4.73, *Actes off. Org. mond. Santé*, **35**, 47)

[2] Virements autorisés par le Conseil Exécutif à sa neuvième session (résolution EB9.R61, *Actes off. Org. mond. Santé*, **40**, 22) et par les membres du Conseil Exécutif consultés par correspondance, conformément au paragraphe IV de la résolution portant ouverture de crédits pour 1952 (résolution WHA4.73)

[3] Virement de crédits des Parties I, II et III de la résolution portant ouverture de crédits pour 1952 à la nouvelle Partie IV (fonds supplémentaire du bâtiment). Ce virement a été autorisé par la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé (résolution WHA5.54, *Actes off. Org. mond. Santé*, **42**, 35).

[4] Ce montant est égal à la somme des contributions fixées pour les Membres inactifs.

Annexe 11

ÉTAT DES CONTRIBUTIONS ET AVANCES AU FONDS DE ROULEMENT
(au 31 décembre 1952)

1. Arriérés des contributions fixées pour 1948 et 1949
(En dollars des Etats-Unis)

Etats	Sommes restant à payer		
	1948	1949	Total
A. Membres actifs			
Argentine	56.139	88.959	145.098
Equateur	—	218	218
Total A	56.139 (= 1,77%)	89.177 (= 1,77%)	145.316
B. Membres inactifs			
Albanie	—	2.004	2.004
Biélorussie, RSS de	6.575	10.418	16.993
Bulgarie	3.304	6.812	10.116
Chine	182.073	288.515	470.588
Hongrie	6.069	9.617	15.686
Pologne	—	45.681	45.681
Roumanie	—	15.857	15.857
Tchécoslovaquie	—	39.927	39.927
Ukraine, RSS d'	25.541	40.472	66.013
Union des Républiques Socialistes Soviétiques	192.440	304.945	497.385
Total B	416.002 (= 13,11%)	764.248 (= 15,14%)	1.180.250
C. Non-Membre			
Colombie	7.504 (= 0,24%)	—	7.504
TOTAL GÉNÉRAL	479.645 (= 15,12%)	853.425 (= 16,91%)	1.333.070

2. Arriérés des contributions fixées pour 1950

(En dollars des Etats-Unis)

Membres	Sommes fixées	Encaissements et crédits bonifiés	Sommes restant à payer
A. Membres actifs			
Argentine	130.333	—	130.333
Bolivie	5.870	—	5.870
Equateur	3.523	—	3.523
Iran	31.703	25.487	6.216
Pérou	14.090	11.879	2.211
Uruguay	12.916	571	12.345
Total A	198.435	37.937	160.498 (= 2,26%)
B. Membres inactifs			
Albanie	2.935	—	2.935
Biélorussie, RSS de	15.265	—	15.265
Bulgarie	9.980	—	9.980
Chine	422.702	—	422.702
Hongrie	14.090	—	14.090
Pologne	66.928	—	66.928
Roumanie	24.658	—	24.658
Tchécoslovaquie	63.406	—	63.406
Ukraine, RSS d'	59.296	—	59.296
Union des Républiques Socialistes Soviétiques	446.772	—	446.772
Total B	1.126.032	—	1.126.032 (= 15,86%)
TOTAL GÉNÉRAL	1.324.467	37.937	1.286.530 (= 18,12%)

3. Arriérés des contributions fixées pour 1951

(En dollars des Etats-Unis)

Membres	Sommes fixées	Encaissements et crédits bonifiés	Sommes restant à payer
A. Membres actifs			
Argentine	131.371	—	131.371
Bolivie	5.917	—	5.917
Cuba	20.712	10.164	10.548
Equateur	3.550	—	3.550
Espagne	77.265	—	77.265
Iran	31.956	—	31.956
Paraguay	2.959	—	2.959
Pérou	14.202	—	14.202
Syrie	8.285	—	8.285
Uruguay	13.019	—	13.019
TOTAL A	309.236	10.164	299.072 (= 3,99 %)
B. Membres inactifs			
Albanie	2.959	—	2.959
Biélorussie, RSS de	15.386	—	15.386
Bulgarie	10.060	—	10.060
Chine	426.070	—	426.070
Hongrie	14.202	—	14.202
Pologne	67.462	—	67.462
Roumanie	24.855	—	24.855
Tchécoslovaquie	63.911	—	63.911
Ukraine, RSS d'	59.768	—	59.768
Union des Républiques Socialistes Soviétiques	450.333	—	450.333
TOTAL B	1.135.006	—	1.135.006 (= 15,14 %)
TOTAL GÉNÉRAL	1.444.242	10.164	1.434.078 (= 19,13 %)

4. ETAT DES CONTRIBUTIONS FIXÉES POUR 1952

(En dollars des Etats-Unis)

Membres	Sommes fixées	Encaissements et crédits bonifiés	Sommes restant à payer
A. Membres actifs			
Afghanistan	4.359	4.359	—
Allemagne, République fédérale d'	275.285	275.285	—
Arabie Saoudite	7.267	7.267	—
Argentine	161.336	—	161.336
Australie	152.003	152.003	—
Autriche	12.355	12.355	—
Belgique	117.731	117.731	—
Birmanie	4.359	4.359	—
Bolivie	7.267	—	7.267
Brésil	161.336	139.324	22.012
Cambodge	3.634	3.634	—
Canada	260.299	260.299	—
Ceylan	3.634	3.634	—
Chili	39.244	30.035	9.209
Corée	3.634	3.634	—
Costa-Rica	3.634	3.634	—
Cuba	25.436	—	25.436
Danemark	69.039	69.039	—
Egypte	69.039	69.039	—
Equateur	4.359	—	4.359
Espagne	93.896	—	93.896
Etats-Unis d'Amérique	2.866.667	2.866.667	—
Ethiopie	7.267	1.210	6.057
Finlande	12.355	12.355	—
France	523.250	521.228	2.022
Grèce	14.535	14.535	—
Guatemala	4.359	4.359	—
Haïti	3.634	3.634	—
Honduras	3.634	3.634	—
Inde	283.427	283.427	—
Indonésie	29.069	29.069	—
Irak	14.535	—	14.535
Iran	39.244	—	39.244
Irlande	31.249	31.249	—
Islande	3.557	3.557	—
Israël	10.175	—	10.175
Italie	183.138	179.633	3.505
Japon	139.534	139.534	—
Jordanie, Royaume Hachimite de	3.634	3.634	—
Laos	3.634	3.634	—
Liban	5.087	5.087	—
Libéria	3.634	3.634	—
Libye, Royaume Uni de	3.557	3.557	—
Luxembourg	4.359	4.359	—
* Maroc (Protectorat français)	2.134	—	2.134
Mexique	55.232	55.232	—
Monaco	3.557	3.557	—
Nicaragua	3.634	3.634	—
Norvège	43.604	43.604	—
Nouvelle-Zélande	36.137	36.137	—
Pakistan	61.046	61.046	—
Panama	4.359	4.359	—

* Membre associé

Membres	Sommes fixées	Encaissements et crédits bonifiés	Sommes restant à payer
A. Membres actifs (suite)			
Paraguay	3.634	—	3.634
Pays-Bas	122.092	122.092	—
Pérou	17.442	—	17.442
Philippines	25.436	25.436	—
Portugal	34.157	34.157	—
République Dominicaine	4.359	—	4.359
* Rhodésie du Sud	2.180	2.180	—
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	967.556	967.256	—
Salvador	4.359	4.359	—
Suède	133.675	133.675	—
Suisse	87.209	87.209	—
Syrie	10.175	—	10.175
Thaïlande	23.256	23.256	—
* Tunisie	2.134	—	2.134
Turquie	79.214	79.214	—
Union Sud-Africaine	97.382	97.382	—
Uruguay	15.988	—	15.988
Venezuela	23.256	23.256	—
Viet-Nam	18.168	18.168	—
Yougoslavie	29.069	28.284	785
TOTAL A	7.583.124	7.127.420	455.704 (= 5,08 %)
B. Membres inactifs			
Albanie	3.634	—	3.634
Biélorussie, RSS de	18.896	—	18.896
Bulgarie	12.355	—	12.355
Chine	523.250	—	523.250
Hongrie	17.442	—	17.442
Pologne	82.848	—	82.848
Roumanie	30.523	—	30.523
Tchécoslovaquie	78.488	—	78.488
Ukraine, RSS d'	73.401	—	73.401
Union des Républiques Socialistes Soviétiques	553.045	—	553.045
TOTAL B	1.393.882	—	1.393.882 (= 15,53 %)
TOTAL GÉNÉRAL	8.977.006	7.127.420	1.849.586 (= 20,61 %)

* Membre associé

5. ETAT DES AVANCES AU FONDS DE ROULEMENT

(En dollars des Etats-Unis)

Etats	Sommes fixées	Sommes reçues	Sommes restant à payer
A. Membres actifs			
Afghanistan	1.505,80	1.505,80	—
Allemagne, République fédérale d'	97.598	97.598	—
Arabie Saoudite	2.509,33	2.509,33	—
Argentine	55.714,64	—	55.714,64
Australie	59.227,51	59.227,51	—
Autriche	5.520,93	5.520,93	—
Belgique	40.656,63	40.656,63	—
Birmanie	1.505,80	1.505,80	—
Bolivie	3.203	819	2.384
Brésil	55.714,64	55.714,64	—
Cambodge	1.602	1.602	—
Canada	96.371,27	96.371,27	—
Ceylan	1.255,17	1.255,17	—
Chili	13.552,21	13.552,21	—
Corée	3.203	3.203	—
Costa-Rica	1.471,29	1.471,29	—
Cuba	11.212	11.212	—
Danemark	23.841,18	23.841,18	—
Egypte	23.841,18	23.841,18	—
Equateur	1.765,15	—	1.765,15
Espagne	33.289	—	33.289
Etats-Unis d'Amérique	1.201.377,59	1.201.377,59	—
Ethiopie	2.509,33	2.509,33	—
Finlande	4.266,77	4.266,77	—
France	180.696,12	180.696,12	—
Grèce	5.019,67	5.019,67	—
Guatemala	1.922	1.922	—
Haïti	1.255,17	1.255,17	—
Honduras	1.471,29	1.471,29	—
Inde	97.877,07	97.877,07	—
Indonésie	12.813	12.813	—
Irak	5.019,67	5.019,67	—
Iran	13.552,21	13.552,21	—
Irlande	10.791,25	10.791,25	—
Islande	1.255,17	1.255,17	—
Israël	4.485	4.485	—
Italie	63.243,64	63.243,64	—
Japon	53.969	53.969	—
Jordanie, Royaume Hachimite de	1.255,17	1.255,17	—
Laos	1.602	1.602	—
Liban	2.059,01	2.059,01	—
Libéria	1.255,17	1.255,17	—
Libye, Royaume-Uni de	1.261	1.261	—
Luxembourg	1.765,15	1.765,15	—
* Maroc (Protectorat français)	757	—	757
Mexique	19.073,15	19.073,15	—
Monaco	1.255,17	1.255,17	—
Nicaragua	1.602	1.602	—
Norvège	15.058,01	15.058,01	—
Nouvelle-Zélande	15.058,01	15.058,01	—
Pakistan	21.081,21	21.081,21	—
Panama	1.922,15	1,922,15	—

* Membre associé

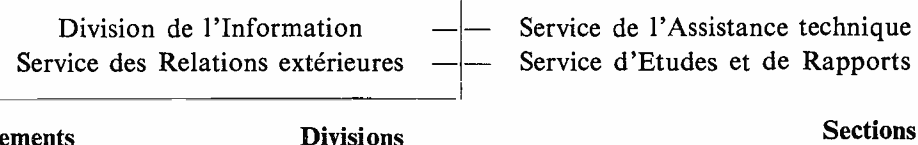
Etats	Sommes fixées	Sommes reçues	Sommes restant à payer
A. Membres actifs (suite)			
Paraguay	1.471,29	1.471,29	—
Pays-Bas	42.162,43	42.162,43	—
Pérou	7.688	7.688	—
Philippines	8.784,17	8.784,17	—
Portugal	11.794,78	11.794,78	—
République Dominicaine	1.505,80	1.505,80	—
* Rhodésie du Sud	961	961	—
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	345.831,97	345.831,97	—
Salvador	1.505,80	1.505,80	—
Suède	61.486,21	61.486,21	—
Suisse	30.116,02	30.116,02	—
Syrie	3.513,87	3.513,87	—
Thaïlande	8.031,27	8.031,27	—
* Tunisie	757	—	757
Turquie	27.355,05	27.355,05	—
Union Sud-Africaine	33.628,89	33.628,89	—
Uruguay	6.471,88	6.471,88	—
Venezuela	8.031,27	8.031,27	—
Viet-Nam	8.009	8.009	
Yougoslavie	10.038,34	10.038,34	—
TOTAL A	2.900.231,92	2.805.565,13	94.666,79 (= 2,80%)
B. Membres inactifs			
Albanie	1.255,17	679	576,17
Biélorussie, RSS de	6.525,47	—	6.525,47
Bulgarie	4.266,77	2.310	1.956,77
Chine	180.696,12	—	180.696,12
Hongrie	6.023,21	3.100	2.923,21
Pologne	28.610,22	15.488	13.122,22
Roumanie	10.540,61	5.706	4.834,61
Tchécoslovaquie	27.104,42	14.673	12.431,42
Ukraine, RSS d'	25.346,99	—	25.346,99
Union des Républiques Socialistes Soviétiques	190.985,10	—	190.985,10
TOTAL B	481.354,08	41.956	439.398,08 (= 13,00%)
TOTAL GÉNÉRAL	3.381.586	2.847.521,13	534.064,87 (= 15,80%)

* Membre associé

Annexe 12

STRUCTURE DU SECRÉTARIAT DU SIÈGE

DIRECTEUR GÉNÉRAL



Départements — **Divisions** — **Sections**

- Services consultatifs
  - Services des Maladies transmissibles
    - Paludisme et Lutte contre les Insectes
    - Tuberculose
    - Maladies vénériennes et Tréponématoses
    - Maladies endémo-épidémiques
  - Organisation des Services de Santé publique
    - Hygiène de la Maternité et de l'Enfance
    - Santé mentale
    - Nutrition
    - Administration de la Santé publique
    - Soins infirmiers
    - Education sanitaire de la Population
    - Hygiène sociale et Médecine du Travail
  - Assainissement
  - Services d'Enseignement et de Formation professionnelle
    - Bourses d'études
    - Echange des Informations scientifiques
    - Assistance aux Etablissements d'enseignement
- Services techniques centraux
  - Services d'Epidémiologie et de Statistiques sanitaires
    - Informations épidémiologiques et Statistiques de Morbidité
    - Quarantaine internationale
    - Etudes statistiques
    - Classement international des Maladies et Causes de Décès
    - Services technologiques
    - Station d'Informations épidémiologiques de Singapour
  - Substances thérapeutiques
    - Standardisation biologique
    - Pharmacie
    - Drogues engendrant la Toxicomanie
    - Antibiotiques et Insecticides
    - Bureau de Recherches sur la Tuberculose, Copenhague
  - Services d'Edition et de Documentation
    - Publications techniques
    - Législation sanitaire
    - Documents et Actes officiels
    - Traduction
    - Bibliothèque et Documentation
- Services administratifs et financiers
  - Gestion administrative et Personnel
    - Gestion administrative
    - Personnel
    - Conférences et Services intérieurs
  - Service juridique
  - Fournitures
  - Bureau de la Vérification intérieure des Comptes
  - Budget et Finances
    - Budget
    - Finances et Comptabilité

Annexe 13

FONCTIONNAIRES SUPÉRIEURS DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (31 décembre 1952)

	Brock Chisholm	Directeur général
	Pierre Dorolle	Directeur général adjoint

BUREAU DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

J. Handler	Directeur	Division de l'Information
W. P. Forrest	Directeur	Service des Relations extérieures
P. M. Kaul	Directeur	Service de l'Assistance technique
N. Sinai	Directeur	Service d'Etudes et de Rapports

DÉPARTEMENT DES SERVICES CONSULTATIFS

V. Sutter	Sous-Directeur général	
W. Bonne	Directeur	Division des Services des Maladies transmissibles
J. S. Peterson	Directeur	Division de l'Organisation des Services de Santé publique
H. G. Baity	Directeur	Division de l'Assainissement
E. Grzegorzewski	Directeur	Division des Services d'Enseignement et de Formation professionnelle

DÉPARTEMENT DES SERVICES TECHNIQUES CENTRAUX

H. S. Gear	Sous-Directeur général	
M. Pascua	Directeur-Conseiller	Statistiques sanitaires
Y. Biraud	Directeur	Division des Services d'Epidémiologie et de Statistiques sanitaires
W. Timmerman	Directeur	Division des Substances thérapeutiques
N. Howard-Jones	Directeur	Division des Services d'Edition et de Documentation

DÉPARTEMENT DES SERVICES ADMINISTRATIFS ET FINANCIERS

M. P. Siegel	Sous-Directeur général	
H. C. Grant	Directeur	Division de la Gestion administrative et du Personnel
E. Renlund	Directeur	Division du Budget et des Finances

BUREAU RÉGIONAL DE L'AFRIQUE — Brazzaville

F. Daubenton	Directeur

BUREAU RÉGIONAL DES AMÉRIQUES — Washington, D.C.

F. Soper	Directeur
M. Candau	Directeur adjoint

BUREAU RÉGIONAL DE L'ASIE DU SUD-EST — New-Delhi

C. Mani	Directeur
S. Chellappah	Directeur adjoint

BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE — Genève

N. Begg	Directeur
G. Montus	Directeur adjoint

BUREAU RÉGIONAL DE LA MÉDITERRANÉE ORIENTALE — Alexandrie

A. T. Shousha	Directeur
A. H. Taba	Directeur adjoint

BUREAU RÉGIONAL DU PACIFIQUE OCCIDENTAL — Manille

I. Fang	Directeur
T. Gan	Directeur adjoint

Annexe 14

AUGMENTATION DU PERSONNEL EN 1952 [1]

Répartition	Effectif à la date du 31 décembre 1951				Effectif à la date du 30 novembre 1952			
	Total	Assistance technique	FISE	Budget ordinaire	Total	Assistance technique	FISE	Budget ordinaire
Siège								
Personnel international . .	193				199			
Personnel local	217				228			
	410	46	1	363	427	64	—	363
Bureaux régionaux								
Afrique								
Personnel international . .	3				9			
Personnel local	1				7			
	4	—	—	4	16	—	—	16
Amériques								
Personnel international . .	23				31			
Personnel local	31				40			
	54	11	1	42	71	20	—	51
Asie du Sud-Est								
Personnel international . .	19				22			
Personnel local	63				74			
	82	11	2	69	96	25	—	71
Europe								
Personnel international . .	8				16			
Personnel local	8				16			
	16	3	—	13	32	10	—	22
Méditerranée orientale								
Personnel international . .	20				22			
Personnel local	44				56			
	64	2	1	61	78	18	1	59
Pacifique occidental								
Personnel international . .	14				18			
Personnel local	31				43			
	45	7	—	38	61	22	—	39
Personnel des équipes en mission								
Personnel international . .	213				330			
Personnel local	6				2			
	219	82	68	69	332	235	43	54
Bureau de Liaison avec les Nations Unies, New-York								
Personnel international . .	6				3			
Personnel local	4				6			
	10	2	—	8	9	2	—	7
Liaison avec le FISE	3	—	—	3	3	—	—	3

[1] Non compris les experts-conseils

Répartition	Effectif à la date du 31 décembre 1951				Effectif à la date du 30 novembre 1952			
	Total	Assistance technique	FISE	Budget ordinaire	Total	Assistance technique	FISE	Budget ordinaire
Station d'Informations épidémiologiques de Singapour								
Personnel international . .	1				1			
Personnel local	14				13			
	15	—	—	15	14	—	—	14
Bureau de Recherches sur la Tuberculose, Copenhague								
Personnel international . .	5				5			
Personnel local	52				52			
	57	—	—	57	57	—	10	47
Bureau de centralisation de Southport	1	—	—	1	1	—	—	1
	980	164	73	743	1197	396	54	747
Personnel détaché, rétribué par le Bureau Sanitaire Panaméricain, ou sans traitement	5				6			
TOTAL GÉNÉRAL	985				1203			

Annexe 15

RÉPARTITION DU PERSONNEL D'APRÈS LA NATIONALITÉ [1] au 30 novembre 1952

Pays	Catégories P5 et au-dessus	Catégories P1 à P4	TOTAL	Assistance technique	FISE	Budget ordinaire
Allemagne, République fédérale d'	—	3	3	1	—	2
Argentine	1	3	4	2	—	2
Australie	1	7	8	5	—	3
Autriche	—	6	6	4	—	2
Belgique	1	10	11	3	—	8
Birmanie	—	1	1	1	—	—
Bolivie	—	1	1	1	—	—
Brésil	—	10	10	10	—	—
Canada	3	38	41	27	—	14
Ceylan	1	4	5	4	—	1
Chili	1	8	9	7	—	2
Chine [2]	4	6	10	5	—	5
Colombie [3]	—	5	5	4	—	1
Corée	—	1	1	1	—	—
Costa-Rica	—	2	2	1	—	1
Cuba	—	1	1	1	—	—
Danemark	1	39	40	11	20	9
Egypte	1	10	11	6	—	5
Equateur	—	3	3	1	—	2
Espagne	1	2	3	1	—	2
Etats-Unis d'Amérique	17	97	114	52	1	61
Finlande	—	6	6	5	—	1
France	4	45	49	11	7	31
Grèce	—	8	8	5	—	3
Guatemala	—	2	2	2	—	—
Haïti	—	1	1	—	—	1
Hongrie [2]	—	1	1	—	—	1
Inde	4	14	18	11	—	7
Iran	1	1	2	1	—	1
Irlande	—	5	5	3	—	2
Italie	1	14	15	5	1	9
Luxembourg	—	2	2	1	—	1
Mexique	—	7	7	4	—	3
Norvège	1	20	21	3	12	6
Nouvelle-Zélande	—	9	9	5	—	4
Panama	—	1	1	1	—	—
Pays-Bas	4	21	25	10	—	15
Pérou	—	2	2	2	—	—
Philippines	1	3	4	3	—	1
Pologne [2]	1	2	3	—	—	3
Portugal	—	4	4	4	—	—
Roumanie [2]	—	1	1	—	—	1
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	10	120	130	62	1	67
Salvador	1	—	1	—	—	1
Suède	1	9	10	5	—	5
Suisse	—	27	27	3	—	24
Tchécoslovaquie [2]	1	1	2	—	—	2
Thaïlande	—	1	1	1	—	—
Union des Républiques Socialistes Soviétiques [2]	—	1	1	—	—	1
Union Sud-Africaine	2	8	10	5	—	5
Yougoslavie	1	1	2	—	—	2
Apatrides	—	1	1	1	—	—
TOTAL	65	595	660	301	42	317

[1] Non compris les experts-conseils ou le personnel recruté localement, détaché, rétribué par le Bureau Sanitaire Panaméricain ou sans traitement

[2] Membre inactif

[3] Non membre

Annexe 16

BOURSES D'ÉTUDES ACCORDÉES EN 1952 [1]

1. RÉPARTITION SUIVANT LE PAYS D'ORIGINE DES BOURSIERS, LA SOURCE DES FONDS ET LE GENRE DE BOURSES ACCORDÉES

Région et pays d'origine	Origine des fonds				Genre de bourses			
	OMS	FISE	Assistance technique	TOTAL	Inter-régionales	Régionales	Formation individuelle	Formation collective [2]
Afrique								
Afrique-Equatoriale française	—	—	1	1	1	—	—	1
Afrique-Occidentale française	2	—	2	4	3	1	1	3
Cameroun britannique	1	—	—	1	—	1	—	1
Cameroun sous tutelle française	—	—	2	2	2	—	—	2
Congo belge	—	—	3	3	3	—	—	3
Côte de l'Or	3	—	—	3	—	3	—	3
Guinée portugaise	—	—	1	1	1	—	—	1
Kenya	2	—	—	2	1	1	2	—
Libéria	10	—	4	14	13	1	12	2
Madagascar	—	—	2	2	2	—	—	2
Maurice (île)	1	—	—	1	1	—	1	—
Nigeria	3	—	1	4	2	2	1	3
Ouganda	1	—	—	1	1	—	1	—
Saint-Thomas	—	—	1	1	1	—	—	1
Sierra-Leone	2	—	—	2	—	2	—	2
Togo sous tutelle française	—	—	1	1	1	—	—	1
Union Sud-Africaine	1	—	—	1	1	—	1	—
Zanzibar	1	—	—	1	1	—	1	—
TOTAL POUR L'AFRIQUE	27	—	18	45	34	11	20	25
Amériques								
Antilles néerlandaises	—	—	3	3	—	3	3	—
Argentine	9	—	—	9	—	9	6	3
Bolivie	2	—	6	8	—	8	7	1
Brésil	12	—	1	13	1	12	9	4
Canada	1	—	—	1	1	—	1	—
Chili	14	—	—	14	4	10	12	2
Colombie	2	—	5	7	—	7	5	2
Costa-Rica	—	—	5	5	—	5	5	—
Cuba	1	—	—	1	—	1	1	—
Equateur	6	—	5	11	—	11	9	2
Etats-Unis d'Amérique	14	—	—	14	13	1	14	—
Guatemala	2	—	1	3	—	3	3	—
Guyane britannique	1	—	—	1	—	1	1	—
Haïti	3	—	2	5	2	3	4	1
Honduras	1	—	1	2	—	2	2	—
Iles du Vent	—	—	7	7	—	7	7	—
Jamaïque	—	—	2	2	—	2	2	—
Mexique	5	—	7	12	3	9	11	1
Nicaragua	—	—	1	1	—	1	1	—
Panama	1	—	3	4	—	4	4	—
Paraguay	5	—	1	6	—	6	4	2
Pérou	8	—	—	8	1	7	6	2
République Dominicaine	2	—	—	2	—	2	2	—
Salvador	—	—	3	3	—	3	3	—
Uruguay	8	—	—	8	1	7	5	3
Venezuela	6	—	1	7	2	5	4	3
TOTAL POUR LES AMÉRIQUES	103	—	54	157	28	129	131	26

[1] Il s'agit de toutes les bourses administrées par l'OMS, qu'elles soient imputées sur le budget ordinaire, sur les fonds du FISE ou sur les fonds de l'assistance technique pour le développement économique.

[2] Y compris les bourses de courte durée (moins d'un mois) attribuées à ceux qui participent à des réunions de formation où aucune distinction n'est faite entre professeurs ou étudiants.

Région et pays d'origine	Origine des fonds				Genre de bourses			
	OMS	FISE	Assistance technique	TOTAL	Inter-régionales	Régionales	Formation individuelle	Formation collective
Asie du Sud-Est								
Afghanistan	6	—	1	7	4	3	6	1
Birmanie	5	—	6	11	3	8	8	3
Ceylan	4	—	3	7	5	2	5	2
Inde	17	3	13	33	18	15	21	12
Inde, Etablissements français de l'	1	—	—	1	—	1	1	—
Inde portugaise	1	—	1	2	1	1	1	1
Indonésie	5	15	13	33	25	8	25	8
Thaïlande	7	—	5	12	8	4	9	3
TOTAL POUR L'ASIE DU SUD-EST	46	18	42	106	64	42	76	30
Europe								
Allemagne, République fédérale d'	33	—	—	33	7	26	11	22
Autriche	19	—	5	24	1	23	7	17
Belgique	18	—	—	18	2	16	5	13
Danemark	39	—	—	39	10	29	12	27
Espagne	14	—	3	17	3	14	2	15
Finlande	31	—	27	58	19	39	29	29
France (y compris l'Algérie)	31	6	1	38	8	30	21	17
Grèce	18	—	9	27	1	26	10	17
Irlande	17	—	—	17	—	17	6	11
Islande	12	—	—	12	—	12	2	10
Italie	19	17	—	36	1	35	4	32
Luxembourg	1	—	—	1	—	1	—	1
Maroc (Protectorat français)	3	—	—	3	—	3	—	3
Monaco	1	—	—	1	—	1	—	1
Norvège	31	—	—	31	3	28	9	22
Pays-Bas	33	—	1	34	3	31	20	14
Portugal	11	—	—	11	—	11	5	6
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	13	—	1	14	8	6	8	6
Suède	35	—	—	35	6	29	9	26
Suisse	19	—	—	19	2	17	4	15
Trieste	—	—	7	7	1	6	7	—
Tunisie	6	—	—	6	—	6	3	3
Turquie	12	—	7	19	9	10	9	10
Yougoslavie	15	4	73	92	8	84	74	18
TOTAL POUR L'EUROPE	431	27	134	592	92	500	257	335
Méditerranée orientale								
Arabie Saoudite	3	—	—	3	—	3	3	—
Chypre	1	—	2	3	3	—	1	2
Egypte	4	—	5	9	9	—	6	3
Ethiopie (y compris l'Erythrée)	25	—	2	27	16	11	25	2
Irak	10	1	2	13	13	—	11	2
Iran	11	—	18	29	29	—	27	2
Israël	8	—	7	15	15	—	13	2
Jordanie, Royaume Hachimite de	2	—	—	2	2	—	2	—
Liban	4	—	3	7	6	1	4	3
Libye, Royaume-Uni de	2	—	3	5	1	4	5	—
Pakistan	—	7	5	12	12	—	12	—
Soudan	1	—	—	1	1	—	1	—
Syrie	2	—	3	5	5	—	3	2
TOTAL POUR LA MÉDITERRANÉE ORIENTALE	73	8	50	131	112	19	113	18

Région et pays d'origine	Origine des fonds				Genre de bourses			
	OMS	FISE	Assistance technique	TOTAL	Inter-régionales	Régionales	Formation individuelle	Formation collective
Pacifique occidental								
Australie	4	—	6	10	6	4	3	7
Cambodge	—	—	3	3	3	—	2	1
Chine	20	—	7	27	8	19	19	8
Corée	4	—	5	9	2	7	4	5
Hong-kong	1	—	2	3	2	1	2	1
Japon	9	—	9	18	15	3	13	5
Laos	—	—	10	10	2	8	10	—
Malaisie	—	—	7	7	4	3	—	7
Nord-Bornéo	—	—	1	1	1	—	—	1
Nouvelle-Calédonie	—	—	1	1	1	—	—	1
Nouvelle-Guinée néerlandaise	—	—	1	1	—	1	—	1
Nouvelle-Zélande	1	—	—	1	—	1	1	—
Papua et Nouvelle-Guinée	—	—	1	1	—	1	—	1
Philippines	—	—	14	14	7	7	3	11
Sarawak	—	—	2	2	2	—	2	—
Singapour	3	—	3	6	3	3	3	3
Viet-Nam	1	—	1	2	2	—	1	1
TOTAL POUR LE PACIFIQUE OCCIDENTAL	43	—	73	116	58	58	63	53
TOTAL POUR TOUTES LES RÉGIONS	723	53	371	1.147	388	759	660	487
Pourcentage	63%	5%	32%	100%	34%	66%	57%	43%

2. DURÉE MOYENNE DES BOURSES

Région d'origine	Nombre de bourses	Nombre de mois	Durée moyenne (en mois)
Afrique	45	243	5,4
Amériques	157	862	5,5
Asie du Sud-Est	106	543	5,1
Europe	592	1.788	3,0
Méditerranée orientale	131	1.070	8,2
Pacifique occidental	116	503	4,3
POUR TOUTES LES RÉGIONS	1.147	5.009	4,3

3. RÉPARTITION DES BOURSES PAR SUJETS D'ÉTUDES

Sujets d'études	Nombre de bourses		Pourcentage
ORGANISATION ET SERVICES SANITAIRES			
Administration de la santé publique			
Administration de la santé publique	91		
Administration hospitalière et administration des soins médicaux	18		
Construction d'hôpitaux et de cliniques	3		
Bibliothéconomie médicale	5		
Total partiel	117		10%
Assainissement			
Hygiène du milieu	77		
Logement et urbanisme	—		
Contrôle des denrées alimentaires	4		
Total partiel	81		7%
Soins infirmiers			
Soins infirmiers y compris l'obstétrique	60		
Soins infirmiers de santé publique et infirmières-visiteuses	25		
Assistance médico-sociale.	1		
Total partiel	86		7%
Hygiène de la maternité et de l'enfance			
Organisations des services d'hygiène de la maternité et de l'enfance	79		
Pédiatrie et obstétrique.	19		
Total partiel	98		9%
Autres services sanitaires			
Santé mentale et guidance infantile	97		
Education sanitaire	12		
Médecine du travail	59		
Nutrition et diététique	37		
Statistiques sanitaires	22		
Soins et hygiène dentaires	7		
Réadaptation	45		
Contrôle des médicaments	7		
Total partiel	286		25%
TOTAL POUR L'ORGANISATION ET LES SERVICES SANITAIRES		668	58%
SERVICES DES MALADIES TRANSMISSIBLES			
Paludisme	38		
Maladies vénériennes et tréponématoses	65		
Tuberculose	60		
Autres maladies transmissibles, épidémiologie et quarantaine.	125		
Services de laboratoire	52		
Chimiothérapie, antibiotiques	8		
TOTAL POUR LES SERVICES DES MALADIES TRANSMISSIBLES		348	31%

Sujets d'études	Nombre de bourses		Pourcentage
SCIENCES CLINIQUES ET MÉDICALES ET ENSEIGNEMENT			
Médecine clinique			
Chirurgie et médecine	38		
Anesthésiologie	29		
Radiologie	4		
Hématologie, banque de sang	1		
Autres spécialités médicales et chirurgicales	43		
Total partiel	115		10%
Sciences médicales et enseignement			
Anatomie et histologie	2		
Physiologie	—		
Biophysique, biochimie et chimie	1		
Pathologie	1		
Pharmacologie	6		
Personnel médical, méthodes d'enseignement	6		
Total partiel	16		1%
TOTAL POUR LES SCIENCES CLINIQUES ET MÉDICALES ET L'ENSEIGNEMENT		131	11%
TOTAL GÉNÉRAL		1.147	100%

4. RÉPARTITION DES VISITES DANS LES DIFFÉRENTS PAYS SUIVANT LA RÉGION D'ORIGINE DES BOURSIERS ET LA RÉGION OÙ ILS FONT LEURS ÉTUDES

Région d'origine	Nombre total de visites dans les différents pays [3]	Région où ont lieu les études					
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
Afrique	52	18	10	3	20	1	—
Amériques	207	—	134	5	61	—	7
Asie du Sud-Est	159	1	17	50	63	2	26
Europe	814	—	86	9	718	1	—
Méditerranée orientale	187	—	18	13	117	38	1
Pacifique occidental	137	—	31	19	28	—	59
TOTAL	1.556	19	296	99	1.007	42	93

[3] Le même boursier peut visiter plusieurs pays.

Annexe 17

ENTRÉE EN VIGUEUR DU RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Le Règlement sanitaire international (Règlement No 2 de l'OMS) est entré en vigueur le 1er octobre 1952. Pour des raisons d'intérêt historique, on a jugé utile d'indiquer ci-dessous quelle était à cette date la position des divers Etats et territoires vis-à-vis du Règlement :

Etats Membres de l'Organisation Mondiale de la Santé

1. *Liés par la Règlement*

1) *sans réserves*

Afghanistan, Autriche, Belgique, Bolivie, Brésil, Cambodge, Canada, Chine, Corée, Costa-Rica, Cuba, Equateur, Espagne, Etats-Unis d'Amérique, Ethiopie, Finlande, France,[1] Guatemala, Haïti, Honduras, Indonésie, Irak, Iran, Irlande, Islande, Israël, Italie, Japon, Laos, Liban, Libéria, Luxembourg, Mexique, Monaco, Nicaragua, Norvège, Nouvelle-Zélande,[1] Panama, Paraguay, Pays-Bas,[1] Pérou, Portugal,[1] République Dominicaine, Royaume Hachimite de Jordanie, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord,[1] Salvador, Syrie, Thaïlande, Turquie, Uruguay, Venezuela, Viet-Nam, Yougoslavie

2) *avec réserves*

Arabie Saoudite (réserves aux articles 61, 63, 64, 69, A1, A6), Grèce (réserve à l'article 69), Pakistan (réserves aux articles 42, 43, 70, 74, 100 et à l'Annexe 3), Philippines (réserve à l'article 69), Union Sud-Africaine (réserves aux articles 40, 42, 43, 76, 77)

2. *Non liés par le Règlement*

Australie,[2] Birmanie, Danemark,[3] République fédérale d'Allemagne,[4] Suède,[4] Suisse [4]

3. *Position non définie*

1) *Etats qui n'ont pas indiqué au Directeur général s'ils sont disposés à accepter les décisions de l'Assemblée de la Santé au sujet des réserves qu'ils ont notifiées*

Argentine, Ceylan, Chili, Egypte, Inde

2) *Membres inactifs*

Albanie, RSS de Biélorussie, Bulgarie, Hongrie, Pologne, Roumanie, Tchécoslovaquie, RSS d'Ukraine, Union des Républiques Socialistes Soviétiques

3) *Etat ayant jusqu'au 1er mars 1953 pour soumettre ses réserves*

Royaume-Uni de Libye

Etats et territoires non membres de l'Organisation Mondiale de la Santé

1. *Lié par le Règlement*

Cité du Vatican

2. *Non lié par le Règlement*

Liechtenstein

3. *Position non définie*

Andorre, Colombie, Népal, République populaire de Mongolie, Saint-Marin, Sultanat de Mascate et d'Oman, Territoire libre de Trieste, Yémen, Zone internationale de Tanger

---

[1] Territoire métropolitain seulement, ce Gouvernement s'étant autorisé de l'article 106, paragraphe 2, du Règlement pour se réserver le droit de notifier jusqu'au 11 décembre 1952 inclus les refus ou réserves au Règlement en ce qui concerne les territoires d'outre-mer ou éloignés pour lesquels il avait la responsabilité de la conduite des relations internationales.

[2] S'autorisant de l'article 106, paragraphe 2, du Règlement, le Gouvernement australien s'était réservé le droit de notifier jusqu'au 11 décembre 1952 inclus les refus ou réserves au Règlement en ce qui concerne les territoires d'outre-mer ou éloignés pour lesquels il avait la responsabilité de la conduite des relations internationales.

[3] Pour des raisons juridiques, la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé a considéré comme un refus la notification du Gouvernement du Danemark, en attendant que ce Gouvernement ait rempli ses obligations constitutionnelles lui permettant de prendre une décision définitive. Le Danemark s'était également autorisé de l'article 106, paragraphe 2, du Règlement pour se réserver le droit de notifier jusqu'au 11 décembre 1952 les refus ou réserves au Règlement, en ce qui concerne les territoires d'outre-mer ou éloignés pour lesquels il avait la responsabilité de la conduite des relations internationales.

[4] Pour des raisons juridiques, la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé a considéré comme des refus les notifications de ces Gouvernements, en attendant qu'ils aient rempli leurs obligations constitutionnelles leur permettant de prendre une décision définitive.

ACTES OFFICIELS DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ N° 45



ACTIVITÉ DE L'OMS EN 1952

RAPPORT ANNUEL DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

À

L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ ET AUX NATIONS UNIES

INDEX

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

PALAIS DES NATIONS

GENÈVE

INDEX

(Les références principales sont en caractères gras)